Health Canada and the Public Health Agency of Canada
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Canada

# Évaluation des activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence pour la période de 2012-2013 à 2016-2017

Préparé par
Bureau de l'audit et de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Version traduite. En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a préséance.

**Mars 2018**

**Table des matières**

**Résumé** ..... iv

**1.0 But de l'évaluation** ..... 1

**2.0 Description du programme** ..... 2

2.1 Contexte du programme ..... 2
2.2 Profil du programme ..... 2
2.2.1 Centre de mesures et d'interventions d'urgence ..... 3
2.2.2 Opérations régionales ..... 3
2.2.3 Centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie ..... 3
2.3 Évaluations précédentes ..... 4
2.4 Exposé du programme ..... 4
2.5 Harmonisation du programme et ressources financières ..... 5

**3.0 Description de l'évaluation** ..... 6

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation ..... 6
3.2 Limites et stratégies d'atténuation ..... 6

**4.0 Constatations** ..... 8

4.1 Pertinence : Nécessité de maintenir le programme ..... 8
4.2 Pertinence : Harmonisation avec les priorités du gouvernement ..... 9
4.3 Pertinence : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral ..... 10
4.4 Rendement ..... 11
4.4.1 Préparation ..... 12
4.4.2 Détection ..... 26
4.4.3 Intervention ..... 29
4.5 Rendement : Élément no 5 – démonstration d'économie et d'efficience ..... 37

**5.0 Conclusions** ..... 41

**Appendice 1 – Modèle logique** ..... 46

**Appendice 2 – Description de l'évaluation** ..... 47

**Annexe 1 – Exercices menés par les centres activés** ..... 50

**Annexe 2 – Description des exercises** ..... 51

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Ressources financières du programme (en million de dollars) ..... 5
Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation ..... 7
Tableau 3 : Plans d'urgence, bureaux de première responsabilité et dates de dernière mise à jour ..... 15
Tableau 4 : Nombre de personnes ayant terminé les cours sur la SGI du CMIU ..... 19
Tableau 5 : Nombre de personnes formées pouvant œuvrer au sein du COU du LNM ..... 21
Tableau 6 : Niveaux d'activation du centre des opérations du portefeuille de la Santé ..... 32
Tableau 7 : Écarts entre les dépenses prév[illegible] les dépenses réelles pour la période de 2012-2013 à 2016-2017 (en millions de dollars) ..... 38

## Liste des acronymes

| | |
|---|---|
| AAA | analyse après action |
| AAI | analyse après incident |
| ACIA | Agence canadienne d'inspection des aliments |
| ASPC | Agence de la santé publique du Canada |
| CEPR | Centre de mesures et d'interventions d'urgence |
| CIMRI | Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses |
| CMIOAEZ | Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique |
| COPS | Centre des opérations du portefeuille de la Santé |
| COU du LNM | Centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie |
| CRCU | Centre régional de coordination des urgences |
| CTODAM | Cadre de travail opérationnel pour des demandes d'aide mutuelle |
| DGCAP | Direction générale des communications et des affaires publiques |
| DGISS | Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire |
| DGSG | Direction générale des services de gestion |
| EIUM | équipe d'intervention en cas d'urgence microbiologique |
| LNM | Laboratoire national de microbiologie |
| MA | médecin sur appel |
| MERS CoV | coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient |
| MIU | mesures et interventions d'urgence |
| OITC | Opérations d'intervention en toutes circonstances |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| PGTREC | plan de gestion tous risques et d'évaluation des capacités |
| PIU du PS | plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé |
| PSGU du PS | plan stratégique de gestion des urgences du portefeuille de la Santé |
| RMISP | Réseau mondial d'information en santé publique |
| RNSU | Réserve nationale stratégique d'urgence |
| RSI | Règlement sanitaire international |
| SCI | système de commandement en cas d'incident |
| SGI | structure de gestion d'incident |
| SGIL | Système de gestion de l'information des laboratoires |
| SGU | Système de gestion des urgences |
| SRAS | syndrome respiratoire aigu sévère |

# Résumé

## But et portée de l'évaluation

La présente évaluation porte sur les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence ( « le programme ») menées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) entre 2012-2013 et 2016-2017. Elle examine la pertinence de ces activités pour les Canadiens, la réalisation des objectifs attendus et l'efficacité de la gestion des urgences au sein de l'ASPC.

L'évaluation mettait l'accent sur les activités de gestion des urgences de l'Agence tel qu'élaboré ci-dessous. Ces activités sont soutenues par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) et les Opérations régionales. De nombreux autres centres au sein de l'Agence et de Santé Canada mènent également des activités se rapportant aux interventions de santé publique en cas d'urgence. Toutefois, comme cette évaluation s'intéresse surtout aux activités de gestion des urgences, l'expertise technique offerte par les autres centres de l'ASPC et de Santé Canada n'a pas été examinée. Les activités de ces autres centres sont et continueront d'être couvertes dans des évaluations distinctes.

## Description du programme

Le programme est responsable de renforcer la capacité du Canada à prévenir les incidents et les situations d'urgence en matière de santé publique, à en atténuer les effets, à s'y préparer et à intervenir, ainsi qu'à prendre les mesures de préparation nécessaires en vue de grands rassemblements et d'événements de grande visibilité. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) relève de la Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire (DGISS). Il fournit à l'ASPC et à Santé Canada des services partagés de gouvernance de la gestion des urgences, des plans de gestion des urgences, de la formation et des exercices, des centres des opérations, des mobilisations sur le terrain, ainsi que des leçons retenues et des évaluations des risques et des capacités. Le CMIU offre également un service partagé à l'appui du déploiement des experts de l'ASPC (p. ex. éclosions de maladies infectieuses, incidents biologiques) et de Santé Canada (p. ex. incidents chimiques ou radionucléaires, gestion des crises de santé publique touchant les membres des Premières Nations vivant dans les réserves). Même s'il ne fait pas partie de l'entente de services partagés concernant les mesures et interventions d'urgence, le CMIU gère des programmes clés pour la détection des incidents et l'échange d'information, y compris le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) et point focal national du *Règlement sanitaire international* (RSI) pour le Canada, de même que la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU), qui approvisionne sur demande les provinces et territoires en fournitures de services sociaux et de santé en cas d'urgence.

Le LNM contribue aux activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence de l'Agence en administrant un centre des opérations d'urgence chargé de faciliter les activités d'intervention et un laboratoire mobile doté d'équipes d'intervention en cas d'urgence

microbiologique, qui peuvent être déployées partout au Canada et à l'étranger. Le LNM offre un leadership scientifique et une expertise de laboratoire à l'appui d'un large éventail de mesures et d'interventions. Toutefois, pour les fins de la présente évaluation, seules les activités du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) ont été prises en compte. Les Opérations régionales administrent des centres régionaux de coordination des urgences (CRCU) qui assurent la liaison avec les gouvernements provinciaux et territoriaux lorsqu'ils ne sont pas actifs et coordonnent les efforts avec le CMIU au cours d'un événement.

## Conclusions – Pertinence

Il est nécessaire de maintenir et améliorer les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence au sein du portefeuille de la Santé, en raison d'un paysage de risque de menaces à la santé des Canadiens qui évolue continuellement, et des facteurs tel que la mondialisation et des changements climatiques. Des événements de santé publique se produisent plus souvent, et leurs répercussions s'intensifient en raison de l'urbanisation accru, des dépendances vis-à-vis de l'infrastructure et du déplacement des biens et des personnes.

Les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence sont une responsabilité fondamentale du gouvernement du Canada qui est clairement formulée dans plusieurs documents clés, comme la *Loi sur la gestion des urgences* et la *Politique fédérale en matière de gestion des urgences*. Ces activités cadrent aussi avec les priorités gouvernementales clés. Au sein du portefeuille de la Santé, c'est l'ASPC qui est chargée de fournir la majeure partie des services correspondant au rôle gouvernemental en matière de mesures et d'interventions d'urgence.

Les répondants clés ont signalé que les rôles et les responsabilités sont définis plus clairement maintenant que l'ASPC assume la responsabilité de la fonction partagée de mesures et interventions d'urgence (MIU) pour l'Agence et Santé Canada. L'examen des documents relatifs aux leçons retenues et des propos recueillis lors des entrevues avec les intervenants internes a cependant révélé qu'il règne une certaine confusion quant à l'identité des personnes de l'organisation qui doivent s'acquitter de tâches particulières.

De plus, des questions de longue date demeurent sans réponse quant au rôle continu du portefeuille de la Santé dans le cadre des interventions relatives à des événements nécessitant la prestation de services sociaux d'urgence (comme fournir de l'aide lors des interventions visant des feux de forêt), ainsi qu'à des événements se produisant sur la scène internationale (événements se produisant ailleurs qu'au Canada et ayant des répercussions immédiates limitées au pays). L'ASPC continue de jouer un rôle, sous une forme ou une autre, dans ces domaines, malgré l'apport considérable d'organisations non gouvernementales (p. ex. Croix-Rouge canadienne, Médecins sans frontières Canada) et des responsabilités mal définies du programme à l'échelle internationale.

# Conclusions – Rendement

Au cours de la période d'évaluation, les centres des opérations d'urgence de l'ASPC ont été activés en permanence, répondant à 24 incidents différents. Le centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) a été activé dans le cadre de dix événements, ce qui totalisait 1 067 jours d'intervention d'urgence qui ont varié tant au niveau de la durée et que de l'intensité des efforts requis. Les centres des opérations du LNM et des régions ont souvent été activités pour les mêmes événements que le COPS, mais ils ont également été activés pour des événements de santé publique locaux ou exigeant des services de laboratoire particuliers. Les partenaires (provinces et territoires, autres ministères) ont exprimé leur satisfaction quant au niveau d'effort et de soutien de l'Agence lors de la préparation aux incidents et urgences en santé publique et des interventions. Ils se sont aussi montrés généralement satisfaits du rendement de l'ASPC à cet égard.

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) est conscient, à titre de centre de coordination des activités de gestion des urgences, que l'accent nécessaire mis sur les interventions a retardé l'évolution des mesures de préparation. La capacité de mobilisation nécessaire pour intervenir lors d'événements prolongés ou multiples continue d'être la source de grandes préoccupations pour les répondants clés internes et externes, y compris l'intensification des efforts au début d'un incident, ainsi que les inquiétudes de certains secteurs de la santé publique qui peuvent se manifester après l'incident initial. Les déficiences sur le plan de la circulation de l'information (p. ex. plates-formes courriel disparates, systèmes papier, suivi des activités au moyen de feuilles de calcul) ont diminué la capacité de réaction du personnel, en particulier dans les régions, avant et pendant une intervention. La documentation limitée sur les incidents a été rassemblée et mise à jour en vue de mesurer le rendement et de cerner les leçons à retenir. Enfin, l'examen des incidents n'a pas été effectué en temps opportun, ce qui a limité les répercussions des leçons retenues par les programmes pertinents en vue d'améliorer les activités de préparation et d'intervention.

Conscient des défis à relever, le CMIU a établi des plans visant à améliorer la préparation et l'intervention en cas d'urgence. La mise en œuvre de ces plans devrait assurer une réaction plus efficace face aux futurs incidents liés à la santé publique.

# Recommandations

**Recommandation 1 : Promouvoir une approche de mobilisation qui s'applique à l'ensemble du portefeuille[i] à l'appui de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence.**

Les crises prolongées ou d'envergure nécessitent la mobilisation de nombreux employés au sein d'une structure de gestion des incidents, et parfois sur le terrain. L'évaluation a noté qu'aucun doute n'a été émis quant à la capacité de l'Agence à mobiliser un nombre suffisant d'employés pour soutenir des interventions prolongées et fréquentes; on s'est toutefois préoccupé du fait que les employés mobilisés pourraient s'épuiser et que les interventions pourraient en souffrir si ce type de situation se poursuivait. Il s'agit là de l'un des principaux risques cernés dans le Profil de risque ministériel de l'ASPC.

Les mesures d'urgence font partie du mandat fondamental de l'Agence. Élaborer et renforcer cette vision parmi le personnel et la direction faciliteront les mobilisations en élargissant le bassin d'employés prêts à réagir. Les obstacles sur le plan de la gestion peuvent être surmontés en soutenant les directions qui fonctionnent avec des effectifs réduits suite à une mobilisation, ou en examinant les priorités organisationnelles par le biais d'un processus coordonné mis en œuvre lors d'activations intenses.

**Recommandation 2 : Mettre en œuvre une stratégie de mobilisation.**

L'ASPC a reconnu la nécessité d'élargir le bassin d'employés qualifiés pour les interventions, compte tenu du potentiel d'événements et urgences multiples et prolongées, et a déployé des efforts considérables pour élaborer une stratégie pour régler cette question.

La mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation en est à ses débuts; on prévoit toutefois qu'une stratégie entièrement déployée contribuera à disposer d'effectifs plus diversifiés au sein d'une structure de gestion des incidents et en vue de mobilisations sur le terrain. Cela permettra également de repérer les intervenants qui possèdent les compétences, les formations et les certifications requis pour assurer des fonctions spécifiques (p. ex. laboratoire, approvisionnement, politique, gestion des urgences, santé publique, santé à la frontière, épidémiologistes) et de miser sur ces groupes. En outre, le personnel qui souhaite être mobilisé pourra ainsi être adéquatement formé avant le déploiement, dans l'éventualité d'un incident ou d'une urgence.

[i] Aux fins de la présente évaluation, le portefeuille de la Santé se limite à l'ASPC et à Santé Canada.

**Recommandation 3 : Étudier les plans, protocoles et documents de gouvernance pertinents, afin de veiller à ce que les rôles soient bien définis et à ce que les responsabilités soient faisables pour les fonctions de préparation aux urgences.**

Les activités de préparation aux urgences sont appuyées par plusieurs documents de gouvernance et de planification (Plan stratégique de gestion des urgences du portefeuille de la Santé, Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé, Concept des opérations du portefeuille de la Santé, Plan des enseignements tirés et Plan de formation). Les décisions concernant la planification des activités de préparation et les interventions en cas d'incident sont prises en respectant les protocoles établis; toutefois, l'évaluation a noté que la documentation relative à ces décisions n'est pas facilement accessible

À titre de responsable de la coordination de la preparation et de l'intervention en cas d'urgence au sein du portefeuille de la Santé, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait envisager d'examiner ces documents pour s'assurer que les exigences en matière de collecte de données peuvent être respectées et qu'elles définissent clairement les responsabilités relatives au recueil et la mise à jour de l'information, y compris l'activation, la désactivation et d'autres points de décision, et à qui et par quelle forum cette information devrait être transmise.

**Recommandation 4 : Mettre en œuvre et tenir à jour un plan de gestion tous risques du portefeuille de la Santé et d'évaluation des capacités.**

Il est essentiel de disposer de données probantes fondées sur les risques pour prendre des décisions efficaces au moment opportun et répartir les ressources de façon appropriée. À l'heure actuelle, les activités de planification des mesures d'urgence de l'Agence reflètent un modèle d'évaluation des risques désuet qui ne tient pas compte de ses capacités ou des autres organismes qui interviennent en cas d'incidents ou urgences de santé (p. ex. gouvernements provinciaux et territoriaux, autres ministères, organisations non gouvernementales).

Un plan de gestion tous risques du portefeuille de la Santé et d'évaluation des capacités à jour complète appuierait plusieurs activités cruciales de préparation et d'intervention en cas d'urgence (p. ex., modernisation continue de la Réserve nationale stratégique d'urgence, acquisition en temps opportun de contremesures médicales spécialisées, élaboration de programmes de formation technique juste à temps, amélioration des relations provinciales). Même s'il y a eu des progrès au niveau du plan de gestion tous risques du portefeuille de la Santé et d'évaluation des capacités, on note un certain retard. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait s'assurer que le processus d'établissement du plan de gestion tous risques du portefeuille de la Santé et d'évaluation des capacités est faisable et que les évaluations à la fois des risques et des capacités sont menées en temps opportun et mises à jour de manière adéquate.

**Recommandation 5 : S'assurer que les examens des enseignements tirés leçons retenues des incidents et des exercices sont effectués dans le respect des délais en temps opportun et tiennent compte de la complexité de ces incidents et interventionsde santé publique.**

L'amélioration continue est un principe fondamental et un élément clé d'une gestion efficiente et efficace des urgences. L'approche des leçons retenues est normalisée pour toutes les mesures et interventions d'urgence; toutefois, l'évaluation a décelé des incohérences sur le plan de leur collecte, de leur analyse et de leur transmission après un exercice ou un incident, ce qui mène à des lacunes semblables ayant été éprouvées lors de plusieurs activations. En outre, lorsqu'elles ont été formulées, les constatations et les recommandations non pas été communiquées à grande échelle ni approuvées au niveau convenable aux fins d'examen stratégique

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence a récemment élaboré un processus global révisé qui devrait orienter les futures activités relatives aux leçons retenues. Ce processus devrait être analysé de manière à s'assurer qu'il peut être appliqué comme prévu et qu'il peut prendre en considération, au moment voulu, les leçons retenues par le centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie et les centres régionaux de coordination en cas d'urgence, et que les résultats sont communiqués à grande échelle.

**Recommandation 6 : S'assurer que l'objectif des plateformes GI et TI est bien défini et satisfait les besoins actuels et prévus.**

Il existe actuellement trois plateformes de gestion de l'information (l'application Opérations d'intervention en toutes circonstances, le Système de gestion de l'information des laboratoires et le Système de gestion des urgences) utilisées au sein de l'ASPC à l'appui de la fonction de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Chaque plateforme est indépendante, mais les trois systèmes recueillent des renseignements semblables. Ce chevauchement est problématique lorsqu'il s'agit d'établir une source de données faisant autorité pour la planification et la présentation des rapports. Malgré ce problème de chevauchement, les répondants clés ont indiqué que ces plateformes ont la capacité d'exécuter des fonctions uniques.

L'ASPC devrait examiner les besoins relatifs aux plateformes, à la fois actuels et prévus, et les mettre en place en ayant une vision claire de leurs buts, de la façon dont elles seront synchronisées et du système qui sera choisi comme source officielle de données aux fins de présentation de rapports pour chaque besoin établi.

# Réponse et plan d'action de la direction

## Activités d'évaluation des mesures et interventions en cas d'urgence, 2012-2013 à 2016-2017

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| **Promouvoir une approche de mobilisation à l'échelle du portefeuille pour soutenir les mesures et interventions en cas d'urgence** | La direction souscrit à cette recommandation, puisque l'efficacité des mesures et interventions en cas d'urgence repose non seulement sur la disponibilité en temps voulu de personnel adéquatement formé dans diverses | La Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire continuera de mieux faire connaître les rôles et responsabilités qui incombent à l'ensemble de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada pour ce | Élaborer / un cadre conceptuel pour articuler les capacités de préparation et d'intervention aux situations d'urgence dans l'ensemble du portefeuille de la Santé.<br><br>Désigner au sein de la Direction générale des | Octobre 2019<br><br>Mars 2018 | Comité de protection civile du portefeuille de la Santé<br><br>DG-CMIU; VP-DGISS | Réallocation de ressources internes |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | disciplines, mais également sur le soutien des programmes et de tous les niveaux de gestion quant à leur participation.<br><br>Ce soutien consiste notamment à encourager le personnel à participer à la formation et aux exercices, afin d'acquérir de l'expérience, assurer que le | qui touche les mesures à prendre et les interventions à effectuer face aux incidents et aux urgences qui posent un risque pour la santé de la population canadienne. | coordonnateurs des interventions en cas d'incident, pour faciliter l'identification et le recrutement du personnel approprié pour les mobilisations à la grandeur de l'ASPC.<br><br>Réviser et faire des recommandations aux Comités exécutifs au sujet du renouvellement | <br><br><br><br><br><br><br><br>Mars 2019 | Comité de protection civile du portefeuille de la Santé | |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | personnel disposé à le faire ait l'occasion d'appuyer les activations et évaluer les priorités divergentes du portefeuille en cas d'interventions intensifiées ou multiples, pour s'assurer qu'on dispose des ressources appropriées pour soutenir aussi bien la continuité des opérations qu'une protection active de | | en gouvernance des MIU à la grandeur du portefeuille. | | | |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | la santé de la population canadienne face à une menace ou une urgence de santé publique. | | | | | |
| **Mettre en œuvre la stratégie de mobilisation** | La direction souscrit à cette recommandation et s'est engagée, dans le cadre des indicateurs annuels de rendement des programmes de la Direction générale, à mettre en œuvre une stratégie de mobilisation | Élaborer un plan de mise en œuvre comprenant les activités et les jalons clés | Achever la mise en œuvre de la base de données OITC.<br><br>Adoption et mise en œuvre d'un nouveau programme de formation sur la mobilisation basé sur les | Mars 2019<br><br>Mars 2019 | DG-CMIU; VP-DGISS<br><br>DG-CMIU; VP-DGISS | Pour toutes les activités reliées à cette recommandation<br>1 PM-04<br>15 k$ F et E<br>Et<br>Ressources identifiées grâce au réalignement interne résultant de la réorganisation de la |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | exhaustive. | | compétences. | | | Direction générale |
| **Examiner les plans et protocoles pertinents ainsi que la gouvernance pour assurer la clarté des rôles et le caractère réaliste des responsabilités touchant les fonctions de préparation en cas d'urgence.** | La direction souscrit à cette recommandation et reconnaît la nécessité de faire en sorte que la documentation appuyant les activations et les interventions tienne davantage compte des décisions et des mesures prises en cas d'incident de santé publique. Elle reconnaît également la | Évaluer la documentation d'intervention pour s'assurer qu'elle convient à faciliter aussi bien qu'à documenter la prise de décisions, et en promouvoir une utilisation uniforme. | Rédiger du matériel d'orientation sur le Système de gestion des incidents (SGI) pour indiquer l'information nécessaire aux processus décisionnels internes et pour assurer que les décisions et les mesures prises soient adéquatement | Mars 2019 | DG-CMIU; VP-DGISS Gouvernance – Comité de protection civile du portefeuille de la Santé<br>DG-CMIU; VP-DGISS Gouvernance – Comité de protection civile du portefeuille de la Santé | |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | nécessité d'évaluer régulièrement les plans pour en assurer l'actualité et la pertinence face à l'évolution de la nature de l'environnement de risque. | | documentées et communiquées.<br><br>Tout en tenant compte de l'examen du Centre de operéations du gouvernement et de la Stratégie en gestion d'urgence évoluant de Sécurité publique Canada, examiner le Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé (PIUPS). | Septembre 2019 | | |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | | | Examiner et mettre à jour le PIUPS au besoin tout en s'alignant avec le PFIU, ainsi que les structures, les rôles et els responsabilités de l'organisation | Mars 2020 | | |
| **Mettre en œuvre et tenir à jour un processus traitant du *plan de gestion tous risques et d'évaluation des capacités*** | La direction souscrit à la recommandation prônant la mise en œuvre d'un processus de gestion processus traitant du plan de | Mettre en œuvre le processus duplan de gestion tous risques et d'évaluation des capacités | Tenir, avec les experts en gestion d'urgence, les experts techniques et les spécialistes en la matière, un atelier | Tenir un atelier pour l'année 1 Mars 2018 | DG-CMIU; VP-DGISS | Pour toutes les activités reliées à cette recommandation 1,5 ETP par réallocation interne/ gestion des risques |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | gestion tous risques et d'évaluation des capacités pour le Portefeuille, et s'est engagée, dans le cadre des indicateurs annuels de rendement du programme, d'effectuer tous les cinq ans une évaluation complète, en reconnaissant qu'il s'agit d'une lacune détectée dans le programme et que les efforts mis en | | annuel portant sur la série initiale de risques identifiés et sur la détermination des capacités disponibles du portefeuille de la Santé<br><br>Produire des rapports annuels<br><br>Produire une mesure du rendement dans le cadre du rapport annuel | <br><br>Rapport annuel Décembre 2018<br><br>Faire un rapport annuel par rapport au cycle quinquennal Mars 2019. | | 1 PM-05<br>0,5 EC-06 |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | œuvre pour la combler nécessiteront l'injection de fonds supplémentaires. | | pour le Profil de l'information sur le rendement, par rapport au cycle quinquennal | | | |
| **S'assurer que les examens des leçons retenues, pour les événements et exercices reliés au portefeuille de la Santé, soient effectués en temps opportun et d'une façon proportionnelle à la complexité et à** | La direction souscrit aux recommandations pour une exécution en temps opportun des examens de leçons retenues et une diffusion et application adéquates de leurs résultats. La direction convient également de la | Procéder à un examen du processus de leçons tirées pour valider l'adéquation du processus et des ressources requises pour effectuer de façon cohérente des examens en temps voulu des | Élaborer un processus pour diffuser à la haute direction des produits de leçons retenues provenant d'exercises et d'événements<br><br>Mener un examen du processus des | Octobre 2018<br><br>Mars 2019 | DG-CMIU; VP-DGISS<br><br>Gouvernance - Comité de protection civile du portefeuille de la Santé | Réallocation de 2 ETP tirés des ressources existantes<br>1x PM-05<br>1 PM-03 |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| **l'ampleur de l'événement/de l'exercice.** | nécessité de revoir le processus récemment élaboré pour s'assurer qu'il soit adéquatement appliqué et doté des ressources nécessaires, compte tenu des travaux en cours au LNM et dans les centres d'intervention régionaux. | interventions et exercices du portefeuille de la Santé.<br><br>Réallouer des ressources pour appuyer le processus révisé de leçons retenues, en évaluer l'application et faire rapport à ce sujet. | leçons retenues<br><br>Valider les résutlats de l'examen et tout autre recommandations qui en découlent par l'entremise de la structure de gouvernance établie.<br><br>Produire des rapports trimestriels et annuels par le processus de gouvernance | Mai 2019<br><br>Production de rapports trimestriels pour la fin de chaque trimestre. | | |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | | | existant. | Rapport annuel pour mars 2019<br><br>L'information sur la mesure du rendement est communiquée pour le Profil de l'information sur le rendement au plus tard à la fin de l'année financière | | |
| **S'assurer que le but des plates-formes respectives de GI-TI est clair et** | La direction reconnaît l'importance d'une plus grande participation à | Dresser le portrait des systèmes actuels de GI des mesures et interventions en | Dresser une représentation visuelle des systèmes de GI des mesures et | Juillet 2018 | DG-CMIU; VP-DGISS<br><br>Gouvernance – Comité de | Réallocation de ressources internes |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| **répond aux besoins actuels et prévus.** | l'échelle du portefeuille avant l'élaboration de tout nouveau système de GI-TI pour les mesures et interventions en cas d'urgence ou avant l'apport d'améliorations majeures aux systèmes existants, pour s'assurer que les systèmes répondent aux besoins du programme. Cela contribuera à | cas d'urgence, et valider le tout via les structures de gouvernance actuelles. | interventions en cas d'urgence (gabarits, fonds documentaires, systèmes de production de rapports sur les RH et la formation concernant la gestion des urgences, etc.).<br>• Consulter le Comité sur les préparatifs d'urgence du portefeuille de | Selon les besoins | protection civile du portefeuille de la Santé | |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | réduire le risque de dédoublement et accroîtra les occasions de transmettre des données actuelles, pertinentes et complètes, tant au sein du portefeuille qu'aux principaux partenaires et intervenants.<br><br>La direction reconnaît que la mise en place de plates-formes parallèles de gestion de | | la Santé sur : la validation du portrait des systèmes,<br>• les nouveaux systèmes de GI des mesures et interventions en cas d'urgence;<br>• les importants changements proposés aux systèmes existants, avant leur mise en œuvre. | | | |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | l'information (SGD (maintenant le PICO), SGIL et OITC) pour les mesures et interventions en cas d'urgence, et particulièrement pour la documentation des données sur la formation et la de mobilisation, a occasionnellement causé le dédoublement de l'information et semé le doute quant au système | | | | | |

| Recommandations | Réponse | Plan d'action | Livrables | Date d'achèvement prévue | Responsabilité | Ressources |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation | Indiquer si la direction du programme accepte la recommandation, l'accepte sous certaines conditions ou la rejette, et donner la raison | Indiquer les mesures que la direction compte prendre pour donner suite à la recommandation | Déterminer les principaux livrables | Inscrire l'échéancier pour la mise en œuvre de chaque livrable | Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des livrables | Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris la source des ressources (nouvelle source ou budget existant) |
| | faisant autorité sur les données de l'Agence. Cela dit, la direction reconnaît qu'il faut passer en revue les systèmes actuels pour déterminer clairement quels rôles et quelles fonctions reviennent à chaque plate-forme, pour rationaliser dorénavant la gestion de l'information. | | | | | |

# 1.0 But de l'évaluation

La présente évaluation a exminé les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence menées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017. L'évaluation s'est penchée sur la pertinence de ces activités pour les Canadiens, l'atteinte des objectifs et l'efficience de la gestion des urgences au sein de l'ASPC.

L'évaluation a examiné les activités du portefeuille de la Santé[ii] ayant trait à la gouvernance de la gestion des urgences, aux plans d'intervention d'urgence, aux centres des opérations, aux mobilisations sur le terrain, ainsi qu'à la formation et aux exercices. L'évaluation est axée sur les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence réalisées par le Centre de mesures et d'interventions d'urgence. Elle a également ciblé les activités du centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie et des centres régionaux de coordination des urgences.

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU), le Laboratoire national de microbiologie (LNM) et les Opérations régionales mènent de nombreuses activités, mais la présente évaluation ne s'est concentrée que sur celles qui soutiennent le régime de mesures et interventions d'urgence du Canada. Les autres activités du LNM et des Opérations régionales n'ont pas été évaluées.

De même, l'expertise technique en matière d'intervention de l'ASPC et de Santé Canada a été exclue de la portée de la présente évaluation. La notion d'expertise technique renvoie aux activités qui ne sont pas directement liées aux fonctions de préparation, d'intervention et de gestion, telles que les activités de surveillance ou d'épidémiologie, la prévention et le contrôle des infections à l'appui des mesures de lutte contre les éclosions dans les provinces et les territoires, ainsi que la préparation aux interventions en cas d'urgence radiologique et nucléaire. Les activités de soutien menées par la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses ou d'autres secteurs de l'Agence, ainsi que celles de Santé Canada (Bureau de la radioprotection, Unité des mesures et interventions en cas d'urgence chimique, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et Direction des produits thérapeutiques) ont fait l'objet d'évaluations antécédants. La présente évaluation se concentre donc sur les activités de gestion des urgences de l'ASPC.

[ii] Aux fins de la présente évaluation, le portefeuille de la Santé se limite à l'ASPC et à Santé Canada. Outre ces deux organisations, le portefeuille de la Santé comprend globalement l'Agence canadienne d'inspection des aliments (qui procède à ses propres activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence, lesquelles ne sont pas abordées dans cette évaluation), ainsi que le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et les Instituts de recherche en santé du Canada (ni l'une ni l'autre de ces organisations n'ayant de responsabilité en matière de MIU).

# 2.0 Description du programme

## 2.1 Contexte du programme

La préparation aux urgences et les interventions connexes constituent une responsabilité partagée par les trois ordres de gouvernement (fédéral, provincial et territorial, municipal), avec l'aide de partenaires de santé publique non gouvernementaux. La Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire (DGISS) est le point central de coordination des questions touchant la sécurité sanitaire et est responsable des mesures et interventions d'urgence (MIU) au nom de l'ASPC et de Santé Canada (le portefeuille de la Santé). Les activités de la DGISS sont appuyées par le Laboratoire national de microbiologie (LNM) et les Opérations régionales. Ce programme vise à renforcer la capacité du Canada à prévenir les incidents et les situations d'urgence en matière de santé publique, à en atténuer les effets, à s'y préparer et à intervenir lors de ces incidents et urgences.

## 2.2 Profil du programme

Au sein de la DGISS, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) fournit à l'ASPC et à Santé Canada des services partagés ayant trait à la gouvernance de la gestion des urgences, aux plans de gestion des urgences, aux exercices et à la formation, à l'exploitation de centres des opérations, aux mobilisations sur le terrain, aux leçons retenues, ainsi qu'aux évaluations des risques et des capacités. Le Centre soutient également d'autres activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence, y compris la Réserve nationale stratégique d'urgence, les programmes clés en matière de détection d'événements et d'échange d'information, tels que le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) et point focal national du Règlement sanitaire international (RSI) pour le Canada, les experts en matière d'éclosion de maladies infectieuses de l'ASPC, les incidents biologiques et les réserves nationales d'urgence. Auprès de Santé Canada, le Centre fournit du soutien relatif aux incidents chimiques et radionucléaires, ainsi qu'à la gestion des événements qui ont une incidence sur la santé publique dans les réserves des Premières Nations[iii].

Le programme assure la coordination des interventions fédérales et, le cas échéant, provinciales et territoriales qui ont trait aux menaces à la santé publique que posent des événements d'origine naturelle et humaine, ainsi que des mesures de préparation en matière de santé publique dans le cas de rassemblements de masse et d'événements de grande visibilité. Les efforts dans ce domaine sont également appuyés par le centre des opérations d'urgence (COU) et les équipes d'intervention en cas d'urgence microbiologique (EIUM) du Laboratoire national de microbiologie (LNM), ainsi que par les centres régionaux de coordination des urgences des Opérations régionales.

[iii] En 2017, la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits a été officiellement transférée de Santé Canada au nouveau ministère des Services aux Autochtones du Canada. Ce changement n'a toutefois pas affecté les résultats de la présente évaluation puisqu'il s'est produit après la période de référence.

Les activités du CMIU permettent aussi à la ministre de la Santé de s'acquitter de ses obligations en vertu de la *Loi sur la gestion des urgences* et du *Règlement sanitaire international* en coordonnant les ressources que l'Agence consacre aux mesures de préparation et aux interventions relatives aux risques, aux incidents et aux situations d'urgence en matière de sécurité sanitaire.

### 2.2.1 Centre de mesures et d'interventions d'urgence

Relevant de la DGISS, le CMIU est le point central de coordination des questions de sécurité liées à la santé publique du Canada. Parmi ses nombreuses responsabilités, le CMIU élabore et tient à jour des plans nationaux d'intervention d'urgence au nom de l'ASPC et de Santé Canada. Il surveille les éclosions et les maladies à l'échelle mondiale, évalue les risques pour la santé publique lors d'événements et de situations d'urgence et fait en sorte que les politiques canadiennes sur la santé et les mesures d'urgence tiennent compte des nouvelles menaces pour la sécurité liée à la santé publique. Il assure également la sécurité sanitaire des Canadiens, en collaboration avec d'autres organismes fédéraux et internationaux de santé et de sécurité.

### 2.2.2 Opérations régionales

L'ASPC exploite six centres régionaux de coordination des urgences (CRCU) d'un bout à l'autre du pays : dans les provinces de l'Ouest (Colombie-Britannique et Alberta), au Manitoba et en Saskatchewan, en Ontario, au Québec, dans les provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) et dans le Nord (Territoires du Nord-Ouest, Yukon et Nunavut). Le rôle de ces CRCU est de coordonner l'intervention du portefeuille de la Santé lors d'un événement particulier dans une région donnée. Ceci implique informer les intervenants régionaux et le centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) de la situation, soutenir les programmes du portefeuille de la Santé dans leurs mesures d'intervention à l'échelle régionale, assurer le suivi et la satisfaction des besoins en ressources du portefeuille de la Santé déployées dans la région et présenter des comptes rendus aux cadres régionaux du portefeuille. Selon la nature et la portée de la participation du CRCU, cette coordination peut être réalisée grâce aux ressources présentes au centre ou par l'établissement d'un rôle régional de liaison.

### 2.2.3 Centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie

Le Laboratoire national de microbiologie de l'ASPC fournit au Canada les installations nécessaires pour étudier les pathogènes les plus dangereux et contagieux qui soient (niveaux 3 et 4), ainsi que la capacité nationale de diagnostic requise pour détecter rapidement toute éclosion potentielle de maladie et intervenir promptement. Le centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie (COU du LNM) est un élément intégral des stratégies de protection civile et de préparation des interventionset le centre scientifique de coordination des communications d'urgence et courantes de l'ASPC en

matière de maladies infectieuses. Le COU du LNM collabore avec le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada pour coordonner les interventions nationales des laboratoires de santé publique. Le LNM offre également des services de soutien scientifique et de laboratoires mobiles dans le cadre des enquêtes sur le terrain visant à lutter contre les éclosions et les menaces potentielles au pays, ainsi qu'en appui aux partenaires de l'étranger. L'équipe d'intervention en cas d'urgence microbiologique (EIUM) du LNM peut déployer des capacités d'intervention en cas d'incident biologique n'importe où dans le monde. Aux fins de la présente évaluation, seules les activités du LNM concernant le Centre de mesures et d'interventions d'urgence ont été prises en considération.

## 2.3 Évaluations précédentes

Les activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence n'ont jamais été évaluées dans leur intégralité. Toutefois, la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) a fait l'objet d'une évaluation en 2011-2012, et plusieurs examens ont été porté sur les interventions de l'ASPC lors d'événements à grande échelle tels que les éclosions de fièvre hémorragique Ebola et de grippe H1N1. En juin 2010, l'audit du programme de MIU de l'ASPC a révélé la nécessité :

- d'articuler, de documenter et de communiquer clairement le mandat, les stratégies, les objectifs et les plans opérationnels, ainsi que les rôles et les responsabilités du programme de MIU;
- d'élaborer un processus exhaustif et à long terme d'évaluation des risques et des menaces, ainsi qu'un plan de gestion « tous risques » qui tiennent compte des obligations juridiques en matière de mesures et d'interventions d'urgence;
- d'élaborer des modèles de capacités de mobilisation et d'offrir de la formation obligatoire sur la gestion des urgences afin de maintenir des capacités d'intervention qualifiées;
- de faire en sorte que les ressources soient déployées et gérées avec efficience et efficacité au moment opportun.

## 2.4 Exposé du programme

L'objectif global du programme de MIU est de protéger les Canadiens contre les menaces en matière de santé publique. Cet objectif joue un rôle primordial dans le résultat de l'Agence qui consiste à protéger les Canadiens et à les habiliter à améliorer leur santé. Trois grands secteurs d'activités mènent à l'atteinte de ce résultat, soit :

- la préparation aux événements et situations d'urgence au moyen de la planification, de la formation et d'exercices;
- la détection d'événements potentiels grâce à la connaissance de la situation et à l'évaluation des risques;
- les interventions lors d'événements ou de situations d'urgence grâce à la gestion des urgences et à la mobilisation des ressources.

On s'attend à ce que ces activités approfondissent les connaissances des intervenants et améliorent leurs ressources de sorte qu'ils soient mieux préparés aux menaces à la santé publique, aux événements ou aux situations d'urgence et interviennent plus efficacement dans de tels cas. Ces activités devraient également permettre au Canada de disposer des mécanismes nécessaires pour réaliser des interventions efficaces en cas de menaces à la santé publique, d'événements ou de situations d'urgence. À terme, cela contribue à la capacité du Canada à se préparer aux événements et urgences en matière de santé publique et à intervenir dans ces situations.

Le modèle logique du programme illustre le lien entre les secteurs d'activités et les résultats prévus (voir l'appendice 1). L'évaluation a permis de déterminer la mesure dans laquelle les extrants et les résultats précisés ont été atteints.

## 2.5 Harmonisation du programme et ressources financières

Le programme des mesures et interventions d'urgence, de même que le programme de sécurité sanitaire aux frontières et le programme de biosûreté constituent le Programme de sécurité de la santé de l'ASPC.

Le tableau 1 montre les données financières du programme pour les années 2012-2013 à 2016-2017. De façon générale, les dépenses prévues par l'ASPC pour les activités liées aux mesures et interventions en cas d'urgence visées par la présente évaluation s'élevaient à 229 millions de dollars sur cinq ans.

**Tableau 1 : Ressources financières du programme (en million de dollars)**

| *Année* | *S et C*[a] | *F et E* | *Salaires*[b] | *Immobilisations* | *Législatives*[c] | *Total* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2012-2013 | 1,7 $ | 36,1 $ | 12,2 $ | 0,5 $ | s. o. | **50,5 $** |
| 2013-2014 | s. o. | 24 $ | 11,2 $ | 0,5 $ | s. o. | **35,7 $** |
| 2014-2015 | s. o. | 22,6 $ | 13,7 $ | 0,5 $ | 2,2 $ | **38,9 $** |
| 2015-2016 | s. o. | 26,6 $ | 16,9 $ | 0,5 $ | s. o. | **43,9 $** |
| 2016-2017 | s. o. | 42,7 $ | 17,2 $ | 0,5 $ | s. o. | **60,4 $** |
| **Total** | **1,7 $** | **151,9 $** | **71,2 $** | **2,4 $** | **2,2 $** | **229,4 $** |

Les données sur les dépenses prévues sont tirées du Plan ministériel de l'Agence de la santé publique du Canada (anciennement connu sous le titre de *Rapport sur les plans et les priorités*).

[a] Subventions et contributions – Transfert aux IRSC aux fins du réseau de recherche sur l'influenza.

[b] Les dépenses salariales incluent le programme d'avantages sociaux des employés.

[c] Les dépenses législatives sont des autorisations de dépenser qui traitent dans ce cas au RNSU, et comprennent le produits de la disposition d'immobilisations.

# 3.0 Description de l'évaluation

## 3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

Les éléments abordés dans la présente évaluation s'alignent avec la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada et comprennent une évaluation de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience. Le processus d'évaluation se fondait sur la prise en compte des éléments fondamentaux, ainsi que des questions particulières élaborées en consultation avec les responsables du programme.

Dans le cadre de la présente évaluation, une approche axée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès vers l'atteinte des résultats prévus, la possibilité de conséquences inattendues, ainsi que les leçons retenues.

Pour chaque élément, des questions précises ont été formulées à partir de considérations de la direction, et c'est ce qui a guidé le processus d'évaluation.

Les données de l'évaluation ont été recueillies au moyen de diverses méthodes, notamment :

- un examen de la documentation;
- des entrevues avec des répondants clés;
- un examen des données financières;
- un examen des données sur la mesure du rendement.

L'appendice 2 présente de plus amples détails sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. Pour les besoins de l'analyse des données, on a procédé à la triangulation des renseignements recueillis à l'aide de ces différentes méthodes. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

## 3.2 Limites et stratégies d'atténuation

Les évaluations doivent traiter des contraintes qui peuvent avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le tableau qui suit illustre les limites des méthodes retenues aux fins de la présente évaluation. Il illustre également les répercussions prévues et les stratégies d'atténuation mises en œuvre afin que les constatations découlant de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour éclairer la planification et la prise de décisions relatives au programme.

**Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation**

| Limite | Incidence | Stratégie d'atténuation |
|---|---|---|
| Processus non uniforme de collecte des données sur le rendement. | Impossibilité de présenter un portrait exhaustif des activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence. | Les résultats ont été présentés sous forme subdivisée dans toute la mesure du possible.<br><br>La mise en œuvre des recommandations (stratégie de mobilisation, clarté des plateformes relatives aux MIU) devrait faciliter la collecte des données à l'avenir. |
| Aucune information détaillée disponible concernant les événements particuliers (p. ex. activités, ressources mobilisées, résultats). | Difficulté à évaluer l'incidence du programme sur l'issue d'un événement particulier, ainsi que l'incidence de cet événement sur l'organisation.<br><br>Impossibilité de quantifier l'efficacité des activités d'intervention. | L'évaluation se fondait sur l'information fournie par les intervenants pour déterminer l'incidence du programme et l'efficacité des interventions et, le cas échéant, l'information documentée limitée pour trianguler ces perceptions. |
| Manque de clarté des liens entre les résultats à court terme et les résultats à long terme. | Impossibilité d'examiner la progression allant des activités aux résultats à court terme, puis aux résultats à long terme. | L'incidence des activités du programme sur les résultats à court terme a été évaluée séparément de l'incidence de ces activités sur les résultats à long terme. |
| Information financière détaillée subdivisée en fonction des centres plutôt que des interventions relatives à des événements particuliers.<br>Seule une quantité limitée de données financières subdivisées en fonction des événements ou interventions était disponible, et ces données ne concernaient que les activités récentes. | Impossibilité de procéder à une analyse quantitative de l'efficience d'activités particulières dans ce domaine ou d'interventions relatives à des événements particuliers. | L'évaluation s'est fondée sur la triangulation de l'information fournie par les intervenants et l'examen de la documentation pour évaluer l'efficience.<br><br>La mise en œuvre des recommandations (meilleur suivi de l'information sur les événements) devrait faciliter la collecte des données à l'avenir. |

# 4.0 Constatations

## 4.1 Pertinence : Nécessité de maintenir le programme

**En raison de l'évolution constante du paysage des risques pour la santé des Canadiens, l'ASPC doit continuer à jouer un rôle fédéral dans le domaine de la santé publique.**

L'Agence de la santé publique du Canada a été fondée en 2004 dans le but d'améliorer le leadership du gouvernement du Canada et la collaboration intergouvernementale en réponse aux recommandations[1] formulées à l'issue de l'examen de la réaction du Canada face à une nouvelle maladie virale jusqu'alors inconnue au pays : le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Outre les activités de surveillance, de préparation et d'intervention relatives aux incidents biologiques qui pourraient menacer la santé des Canadiens, l'ASPC est responsable des activités de préparation et d'intervention relatives aux incidents de nature autre que biologique qui pourraient se répercuter sur la santé publique, notamment les catastrophes naturelles (p. ex. inondations, incendies), les rassemblements de masse (p. ex. sommets mondiaux, événements sportifs), les accidents (p. ex. déraillements de train) et les événements intentionnels (p. ex. terrorisme).

L'évolution constante du paysage des risques pour la santé des Canadiens nécessite la réalisation continue d'activités de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Les pressions sur les activités liées aux MIU comprennent la mondialisation, les changements climatiques et les menaces posées par des éléments de l'extérieur, y compris :

- la mobilité accrue des Canadiens à l'étranger, ainsi que celle des visiteurs et des immigrants qui entrent au Canada, ce qui accroît la menace de propagation de maladies à des endroits très éloignés de leur point d'origine;
- les changements climatiques à l'échelle mondiale, qui peuvent se répercuter sur la santé des Canadiens, tant de façon directe qu'indirecte. La hausse des températures à l'échelle de globe contribue au risque d'exposition des Canadiens à des maladies nouvelles ou réémergentes, telles que la maladie de Lyme, le malaria à prévalence régionale et le virus Zika[2]. Les phénomènes météorologiques extrêmes peuvent poser des menaces potentielles pour la santé des Canadiens (p. ex., vagues de chaleur prolongées et plus intenses, orages estivaux contaminant l'eau potable), ainsi que contribuer aux catastrophes naturelles (p. ex. feux de forêt, tempêtes, inondations[3]);
- les préoccupations relatives au risque accru d'événements intentionnels ayant une incidence sur la santé publique se sont intensifiées en raison de la fréquence accrue à laquelle des extrémistes violents tentent de faire le plus grand nombre de victimes possibles parmi les populations civiles.

## 4.2 Pertinence : Harmonisation avec les priorités du gouvernement

**Le CMIU et ses partenaires appuient le mandat du portefeuille de la Santé, ainsi que les priorités globales du gouvernement en se préparant pour les événements et en intervenant.**

Le gouvernement du Canada soutient les mesures visant à protéger la santé et la sécurité des Canadiens et de leurs familles. Par exemple, les discours du Trône de 2010[4], de 2011[5], de 2013[6] et de 2015[7] ont tous présenté un aperçu de l'engagement du gouvernement envers la protection de la sécurité personnelle des Canadiens, ainsi que de sa détermination à les défendre contre les menaces à la sécurité nationale.

Les activités liées aux mesures et interventions d'urgence (MIU) ont toujours été soutenues par les budgets annuels du Canada. Les budgets de 2014[8], de 2015[9] et de 2016[10], par exemple, prévoyaient plusieurs mesures immédiates visant à appuyer la sécurité des Canadiens à l'intérieur des frontières. Plus précisément, le budget de 2016 mentionnait que les menaces à l'égard du Canada et les situations d'urgence peuvent se matérialiser de différentes façons et qu'une intervention rapide et efficace est essentielle pour préserver la sécurité des Canadiens et des collectivités. C'est pourquoi le gouvernement a souligné la nécessité de disposer des outils appropriés pour intervenir au besoin.

De plus, le programme de MIU soutient d'autres organismes et ministères fédéraux. Par exemple, ce programme est lié aux priorités de Sécurité publique Canada, comme indique la lettre de mandat du ministre, qui affirme que « l'atteinte de cet objectif [faire en sorte que les Canadiens demeurent en sécurité] doit se faire tout en protégeant les droits des Canadiens et en tenant compte des menaces pour la sécurité publique que posent plusieurs sources, notamment les catastrophes naturelles, la réglementation inadéquate, le crime, le terrorisme, les urgences météorologiques et les urgences de santé publique »[11].

Le profil de risque organisationnel de l'ASPC pour 2016-2019 soulignait certaines lacunes dans la capacité d'intervention en cas d'événement, faisant ressortir les interventions en cas d'événements importants ou simultanés comme un risque considérable et probable qui pourrait nuire à la coordination et à l'intégration des fonctions du portefeuille de la Santé et avoir des répercussions sur les autres priorités en matière de santé publique. Plus particulièrement, il est prioritaire de se pencher sur les difficultés et les lacunes internes liées aux capacités de mobilisation et à la préparation du personnel avant que le prochain événement de santé publique majeur ne se produise. On prévoit que ces efforts permettront de veiller à ce que le portefeuille de la Santé ait la capacité d'intervenir, de remplir sa mission et son mandat, ainsi que de satisfaire aux attentes des principaux partenaires nationaux et internationaux.

## 4.3 Pertinence : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

**L'ASPC réalise des activités qui lui permettent d'assumer le rôle légiféré et réglementé en matière de mesures et interventions d'urgence du gouvernement du Canada, qui est décrit dans plusieurs documents clés, comme la *Loi sur la gestion des urgences* et la *Politique fédérale en matière de gestion des urgences.***

Les mesures et interventions d'urgence au Canada constituent une responsabilité partagée entre le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux et les administrations municipales. Bien que la responsabilité de l'intervention immédiate incombe aux provinces et aux territoires[12] [13], c'est le gouvernement fédéral qui assume la responsabilité de la gestion d'une situation d'urgence si la nature de l'événement requiert la participation du portefeuille de la Santé (p. ex. radioactivité, incident nucléaire, grande visibilité, franchissement des frontières provinciales ou territoriales) ou si une administration réclame son aide[14].

Le gouvernement du Canada joue un rôle principal en ce qui a trait aux MIU, conformément à la *Loi sur la gestion des urgences*, qui prévoit que les ministres doivent déterminer les risques qui sont propres à leur secteur de responsabilité, et de préparer, tenir à jour, mettre à l'essai et mettre en œuvre des plans qui tiennent compte de ces risques particuliers, ainsi que procéder à des exercices et offrir de la formation ayant trait à ces plans. De plus, la *Politique fédérale en matière de gestion des urgences* établit qu'il incombe aux ministères de maintenir les capacités nécessaires pour atteindre les objectifs exposés dans les plans d'urgence, d'intégrer un processus de leçons retenues aux activités de préparation, d'intervenir lors de situations d'urgence d'une manière conforme à ces plans, ainsi que de contribuer à toute intervention intégrée du gouvernement du Canada.

La *Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada* est le document établissant le fondement même de l'ASPC et affirme que l'objectif de l'organisation consiste à « assister le ministre dans l'exercice de ses attributions en matière de santé publique », y compris les mesures et interventions d'urgence qui concernent la santé publique. D'autres documents définissent également les responsabilités de l'ASPC relativement à l'élaboration, à la tenue à jour, à la mise à l'essai et à la mise en œuvre de plans axés sur des risques particuliers, y compris les pandémies[15], les maladies d'origine alimentaire[16] et les incidents radiologiques ou nucléaires[17].

Bien que le rôle de l'Agence soit clair en ce qui concerne les interventions relatives aux urgences de santé publique, le rôle qu'elle assume dans le cadre d'événements nécessitant la prestation de services sociaux (telle que la participation aux interventions relatives à des feux de forêt) continue de soulever des questions, ce qui est conforme aux constatations des évaluations et audits antérieures. D'après le *Plan fédéral d'intervention d'urgence*, le portefeuille de la Santé est responsable des services de santé publique et des services sociaux essentiels. Le Plan reconnaît cependant que l'ASPC collaborera avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les autorités sanitaires des Premières Nations et

des Inuits, les organisations non gouvernementales et les services de santé du secteur privé selon la nature de l'événement ou de la situation d'urgence. Au cours des cinq dernières années, ce sont principalement des organisations partenaires telles que la Croix-Rouge canadienne (CRC) qui ont fourni du soutien en matière de services sociaux durant les événements et les situations d'urgence (p. ex. vêtements, logement, nourriture, inscription et demandes de renseignements, aide personnelle, gestion de centres d'accueil et personnel des services sociaux). L'ASPC a elle aussi continué à fournir du soutien en matière de services sociaux (p. ex. pendant les feux de forêt à Fort McMurray), mais à un niveau différent de celui de la CRC et d'autres organisations. Par conséquent, bien que le leadership et la responsabilité associés à cette fonction continuent d'incomber au portefeuille de la Santé, les intervenants de l'extérieur ont participé plus activement à la prestation de soutien en matière de services sociaux au cours des événements de santé publique.

Il y a d'autres questions qui portent sur le rôle de l'ASPC dans le cadre des interventions relatives à des événements internationaux (des événements qui se produisent à l'étranger et qui ont une incidence immédiate limitée sur le Canada). Les intervenants ont laissé entendre qu'un manque de clarté caractérise le rôle de l'Agence dans le contexte des événements de santé publique internationaux. Des efforts d'envergure mondiale sont déployés à l'appui des enquêtes sur les éclosions de maladies à la demande d'organisations internationales telles que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (RMAAE), mais les pouvoirs internationaux qui encadrent ces activités sont mal compris. Les activités se déroulent sous l'autorité d'Affaires mondiales Canada, qui a le mandat approprié, mais pas l'expertise en matière de santé publique.

Malgré ces questions persistantes et de longue date sur son rôle, l'ASPC continue d'intervenir lors des événements et urgences de santé publique qui surviennent au pays et qui nécessitent la prestation de services sociaux, ainsi que lors des événements de santé publique internationaux. Aucun redoublement des efforts n'a été signalé par les intervenants internes, mais il a été proposé que des directives mises à jour dans ce domaine permettraient de mieux harmoniser les activités de l'ASPC et celles des autres organisations, en plus de faciliter les interventions.

## 4.4 Rendement

Les Canadiens s'attendent à ce que leurs gouvernements les protègent des risques pour la santé et à ce qu'ils soient prêts à intervenir en cas de danger. Au Canada, tous les ordres de gouvernement s'emploient à protéger les citoyens de telles menaces dans le cadre de leurs efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies. Les administrations locales, provinciales et territoriales accomplissent une bonne partie de ce travail avec l'aide du gouvernement fédéral par l'entremise du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) de l'Agence de la santé publique du Canada, du centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie et des centres régionaux de coordination des urgences. En pratique, cela suppose trois phases distinctes : la préparation, la détection et l'intervention.

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) assume son rôle de préparation en élaborant, en tenant à jour et en mettant en œuvre des évaluations des risques et des plans de gestion des urgences. De plus, le CMIU est chargé de concevoir et d'offrir de la formation sur la gestion des urgences aux fins de mobilisation du personnel, des exercices visant à valider les plans et les activités de MIU, ainsi qu'un processus de leçons retenues permettant de garantir un apprentissage continu.

Les activités de détection (détection de nouveaux cas au moment opportun) du CMIU sont réalisées grâce aux liens entretenus avec les programmes de l'ASPC et de Santé Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux, d'autres ministères fédéraux, le Centre des opérations du gouvernement et les partenaires internationaux, tels que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Cette détection est également effectuée dans le cadre d'activités et d'initiatives particulières comme le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP). Les capacités de détection et de notification sont définies en partie par les règles établies en vertu du *Règlement sanitaire international* (RSI).

Lorsque survient un événement ou une situation d'urgence nécessitant une intervention du portefeuille de la Santé, les activités de l'ASPC devraient être coordonnées par l'entremise du centre des opérations du portefeuille de la Santé. Une intervention spécialisée peut également être coordonnée par le centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie, tandis que les interventions localisées peuvent être dirigées par les centres régionaux de coordination des urgences. Les interventions peuvent prendre de nombreuses formes selon la nature de l'événement et les impératifs de la situation, mais elles prévoient souvent la mobilisation de personnes et de biens.

### 4.4.1 Préparation

Le CMIU s'implique à plusieurs activités de planification liées à la préparation aux urgences dans le but d'accroître l'efficience et l'efficacité des interventions relatives aux événements et situations d'urgence en matière de santé publique. L'élaboration et la tenue à jour de procédures et de plans d'urgence, la planification relative aux événements et aux menaces, la formation, la tenue d'exercices et la définition des leçons retenues constituent des activités clés à l'appui de l'atteinte de ce but.

**Plans de gestion des urgences**

**Les plans globaux, tels que le plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé (PIU du PS), et plusieurs plans d'intervention accompagnant le PIU du PS ont été mis à jour au cours des cinq dernières années. Bien que la raison motivant la mise à jour d'un plan doive se fonder sur le besoin plutôt que sur un calendrier, on ignore si une évaluation des besoins a été envisagée régulièrement.**

Le PSGU du PS est le cadre de travail principal sur lequel le portefeuille de la Santé s'appuie pour l'élaboration et le prestation de ses obligations au sein des programmes de

gestion des urgences.. Le CMIU est chargé de veiller à ce que ce document soit examiné au moins tous les deux ans et modifié au besoin[18]. Les modifications les plus récentes datent de mars 2016 et remplacent la version originale du document qui a été publiée en 2012. Aucun examen du PSGU du PS n'a été effectué entre les publications de ces deux versions.

Le PIU du PS fournit des lignes directrices qui ont trait aux activités de planification et d'exécution du portefeuille de la Santé au cours d'un événement ou d'une situation d'urgence ayant une incidence sur la santé publique. Ce plan a été conçu pour être examiné et modifié à intervalles réguliers de façon à ce qu'il reflète les changements apportés aux lois, aux politiques et aux priorités, ainsi que les considérations découlant des exercices et des événements. Datant de décembre 2013, la dernière mise à jour du PIU du PS visait à tenir compte des changements apportés à la gouvernance et aux opérations. Les documents sur les leçons retenues suggèrent que les révisions à venir se pencheront sur le rôle de l'ASPC en tant que responsable de la prestation de services sociaux d'urgence, ainsi que sur les priorités concurrentes lors de la mise en activité. Ces recommandations remontent aux interventions relatives à l'éclosion de maladie à virus Ebola (2015) et à l'opération visant les réfugiés syriens (2016).

Le Concept des opérations du portefeuille de la Santé établit des lignes directrices opérationnelles, ainsi que les rôles et les responsabilités détaillés concernant les interventions relatives à des événements prévus ou non. La plus récente version de ce document n'a fait l'objet d'aucune mise à jour depuis son intégration au PIU du PS de 2013, malgré les documents sur les leçons retenues qui laissent entendre que des révisions s'imposent pour tenir compte des préoccupations soulevées par plusieurs événements, y compris l'éclosion de maladie à virus Ebola (2015), l'exercice *Pacific Quake* (2016) et l'opération visant les réfugiés syriens (2016).

Comme le PSGU et le PIU du PS s'articulent autour d'une approche « tous risques », ils sont complétés par 19 plans d'intervention s'appliquant à des risques ou à des programmes particuliers qui fournissent une orientation pour des événements comportant des exigences uniques. Ces plans ciblent tous les événements à incidence élevée et à forte probabilité d'occurrence mentionnés dans le rapport d'évaluation des risques liés aux urgences en santé du portefeuille de la Santé. De plus, le CMIU est chargé de veiller à l'élaboration de nouveaux plans lorsque de nouveaux risques sont cernés. Le Plan d'intervention d'urgence FPT en cas d'incidents de santé publique pour le secteur de la santé est le plus récent plan d'urgence élaboré. Il tient compte de la nécessité d'assurer la coordination officielle des interventions fédérales, provinciales et territoriales en cas d'incidents de santé publique de nature biologique qui sont suffisamment importants pour nécessiter une intervention coordonnée. Bien qu'il n'ait pas encore été mis en œuvre, ce plan a été approuvé par le Conseil du réseau de santé publique en octobre 2017. On ignore encore quelle portée ces plans auront après l'élaboration du PGTREC et la mise à jour du profil des risques.

Le CMIU est chargé d'élaborer et de tenir à jour des plans nationaux intégrés d'intervention d'urgence en matière de santé et assume la responsabilité immédiate de l'examen et du maintien à jour de sept des annexes du Plan. Le CMIU collabore avec le Centre des

maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique (CMIOAEZ), le Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI), la Direction générale des services de gestion (DGSG), la Direction générale des communications et des affaires publiques (DGCAP), le Bureau de la radioprotection (BRP), l'Unité d'intervention en cas d'urgence chimique (UIUC), la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI)[iv], l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA), Sécurité publique Canada, ainsi qu'avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, afin d'assumer que toutes ces annexes soient fonctionnelles et bien intégrées au PIU du PS.

Le PSGU du PS ne précise pas les exigences entourant l'examen de plans d'urgence en particuliers. Les intervenants ont laissé entendre qu'il n'était pas nécessaire de mettre à jour les plans d'urgence suivant un calendrier établi, mais plutôt en fonction des circonstances (p. ex. changements aux lois ou aux politiques, réflexion suivant un processus de leçons retenues). Les intervenants ont soutenu que l'activité essentielle est de soumettre les plans à un examen périodique de façon à s'assurer qu'ils demeurent à jour. Outre les deux plans reconnus comme n'étant plus à jour et mentionnés dans le PSGU du PS (le Plan d'urgence national contre la variole et le Protocole d'intervention en cas d'éclosion de zoonose non alimentaire), aucun document ne donne à penser que les autres plans ont fait l'objet d'évaluations. D'autres plans (à l'exception de deux d'entre eux qui ne portent pas de date) ont cependant été mis à jour au cours des sept dernières années. Le tableau 3 énumère ces plans d'urgence, ainsi que le bureau responsable de chacun d'eux et la date de la dernière mise à jour.

[iv] En décembre 2017, le ministère des Services aux Autochtones du Canada a assumé la responsabilité de toutes les activités de la DGSPNI.

**Tableau 3 : Plans d'urgence, bureaux de première responsabilité et dates de dernière mise à jour**

| Plan d'urgence | Bureau de première responsabilité | Dernière mise à jour |
|---|---|---|
| Plans gérés par le CMIU | | |
| Fonction de soutien en cas d'urgence 5 | CMIU | 2010 |
| Plan d'intervention d'urgence en cas de maladie d'origine alimentaire | CMIU/CMIOAEZ | 2011 |
| Cadre de travail opérationnel d'aide mutuelle | CMIU/FPT | 2013 |
| Agents chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires ou explosifs | CMIU | 2014 |
| PIU FPT en cas d'incidents de santé publique pour le secteur de la santé | CMIU/FPT | 2017 |
| Plan d'urgence national contre la variole | CMIU | non à jour |
| Événements majeurs | CMIU | S. O. |
| Plans gérés par d'autres secteurs du portefeuille de la Santé | | |
| Modalités canadiennes d'intervention lors de toxi-infections d'origine alimentaire | CMIOAEZ/SC/ACIA/FPT | 2010 |
| Protocoles de communication des risques en cas d'urgence sanitaire | DGCAP | 2013 |
| Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire | BRP | 2014 |
| Annexe sur l'intervention en cas d'urgence nucléaire | BRP | 2015 |
| Annexe sur l'intervention en cas d'urgence chimique | UIUC | 2015 |
| Annexe sur les Premières Nations vivant dans les réserves | DGSPNI | 2015 |
| Préparation du Canada en cas de grippe pandémique | CIMRI/FPT | 2017 |
| Plan de continuité des activités | DGSG | S. O. |
| Protocole d'intervention en cas d'éclosion de zoonose non alimentaire | CMIOAEZ/ACIA/SC | non à jour |

| Plans gérés par d'autres ministères | | |
|---|---|---|
| Plan fédéral d'intervention d'urgence | Sécurité publique | 2011 |
| Plan nord-américain contre l'influenza aviaire et la pandémie d'influenza | É.-U./Canada/Mexique | 2012 |
| Plans d'urgence relatifs aux événements cycliques | Sécurité publique | S. O. |

## Évaluations des risques et des capacités

**Le plan de gestion tous risques et d'évaluation des capacités est essentielle pour éviter les retards dans les autres activités de préparation aux urgences (p. ex., constitution de réserves, contremesures médicales). La dernière évaluation des risques a été réalisée en 2011 et ne comprend aucune évaluation des capacités.**

Un plan de gestion tous risques et d'évaluation des capacités (PGTREC) est constituée de deux parties essentielles. La première, l'évaluation des risques, permet de cerner les risques, ainsi que d'analyser les menaces et de leur attribuer une cote en fonction de leur probabilité d'occurrence et de leur incidence possible. La deuxième partie, l'évaluation des capacités, ou plutôt les ressources nécessaires pour exécuter une mission ou une fonction de manière à atteindre les résultats attendus, vient compléter l'évaluation des risques en établissant des liens entre celle-ci et une intervention possible. L'évaluation des capacités soutient la prise de décisions et éclaire la priorisation en matière d'investissement. En élaborant des scénarios pour chacun des risques, les planificateurs sont en mesure d'évaluer les exigences de chaque situation en fonction des capacités existantes et de souligner les points forts et les lacunes. Un PGTREC est également requis pour harmoniser les activités menées au sein du portefeuille de la Santé et celles des autres ministères, de même que le processus prévu d'élaboration d'un profil national des risques de Sécurité publique Canada.

Le CMIU a reconnu la nécessité d'élaborer un PGTREC, mais le travail n'est toujours pas terminé, même si la date cible initiale avait été fixée à l'exercice 2013-2014[19]. Au lieu d'une telle évaluation, le CMIU utilise donc un rapport d'évaluation des risques liés aux urgences en santé publique qui a été conçu en 2011 en réponse à un audit des mesures d'urgence[20]. Incluse dans le Plan stratégique de gestion des urgences du portefeuille de la Santé (PSGU du PS), cette évaluation cerne les risques pertinents pour les secteurs de responsabilité du portefeuille de la Santé[21].

Le rapport d'évaluation des risques liés aux urgences en santé publique du portefeuille de la Santé décrit en détail tous les risques en matière de santé publique qui ont été cernés, leur probabilité d'occurrence, ainsi que leur incidence si un événement à risque a lieu. Le rapport fait en outre la distinction entre les événements accidentels (p. ex., catastrophes naturelles, catastrophes météorologiques, accidents, déversements, maladies d'origine alimentaire) et intentionnels (p. ex., attaque nucléaire, altération de médicaments, attaque terroriste). Le CMIU examine actuellement le profil des risques dans l'intention d'actualiser 20 % des risques cernés chaque année, selon un cycle quinquennal. Ce travail a été intégré à la stratégie de mesure du rendement du CMIU afin d'en garantir l'achèvement au moment prévu.

Le PSGU du PS énumère plusieurs lacunes relatives à cette évaluation des risques. Plus particulièrement, le rapport d'évaluation des risques liés aux urgences ne comprenait aucune évaluation de la capacité du portefeuille de la Santé à intervenir lors d'événements ni aucun élément de planification officielle visant à s'assurer que le document demeure à jour selon

l'évolution de l'environnement. Le plan mentionne en outre que, jusqu'à la mise à jour de l'évaluation des risques, les provinces et les territoires sont censés fournir une expertise et des preuves empiriques relatives aux menaces, aux risques et aux vulnérabilités propres à leur juridiction respectif. Bien que rien ne prouve que ces consultations ont eu lieu, certains éléments portent à croire que la planification des exercices a tenu compte des menaces régionales particulières (p. ex. l'exercice *Huron Resolve* relatif aux incidents radionucléaires à la centrale nucléaire de Bruce en Ontario, l'exercice *Pacific Quake* qui mettait l'accent sur les interventions en cas de séisme en Colombie-Britannique).

Le retard dans l'élaboration d'une PGTREC mise à jour a eu des répercussions négatives sur les autres activités de préparation. Des intervenants internes ont mentionné qu'ils utilisaient les évaluations des risques du portefeuille de la Santé et consultaient des experts en vue de planifier les exercices, d'élaborer des plans d'urgence, de constituer des réserves d'équipement et de préparer des contremesures médicales. Les documents sur les leçons retenues proposaient des améliorations pouvant faciliter l'établissement des priorités et la définition de l'intervention du portefeuille de la Santé dans l'éventualité d'un événement ou d'une situation d'urgence. Des intervenants internes et externes ont laissé entendre qu'il serait avantageux pour l'ASPC de mieux connaître l'éventail des capacités et des ressources disponibles au sein des différentes juridictions, ainsi que des réserves de ressources des autres ministères (p. ex. ministère de la Défense nationale).

La responsabilité relative à l'élaboration d'évaluations des risques a récemment été confiée à l'Unité des exercices, et un groupe de travail sur l'évaluation des risques et des capacités a été mis sur pied. Une méthode pour préparer les évaluations des risques et des capacités a été établie, puis a fait l'objet d'un projet pilote visant à en confirmer la pertinence. Elle a par la suite été mise à profit dans le cadre de l'exercice *Pacific Quake* pour inclure une liste limitée de capacités. Cette nouvelle évaluation des risques devrait comprendre des scénarios élargis de menaces pour la santé et la sécurité, des exposés détaillés des menaces, des ateliers annuels et des consultations sur les menaces prioritaires, ainsi que des évaluations plus étoffées de la probabilité d'occurrence et de l'incidence.

### Formation sur la gestion des urgences

**Il est difficile de déterminer le niveau global de formation sur la gestion des urgences pour l'ASPC dans son ensemble, car l'information connexe n'est pas recueillie de façon uniforme ni présentée sous une forme regroupée. Un plan de formation axée sur les compétences a été élaboré, et des regroupements géographiques d'employés de l'ASPC (p. ex. le personnel du LNM et des régions) ont tous reçu une formation de base sur la structure de gestion d'incident et les mesures et interventions générales en cas d'urgence.**

Le portefeuille de la Santé est chargé de planifier, d'élaborer, de diriger, de fournir et d'évaluer la formation destinée aux membres du personnel du Portefeuille qui doivent mettre en œuvre différents plans de MIU (p. ex. PSGU du PS, PIU du PS et annexes). Le Concept des opérations établi par le Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) énonce

que le personnel opérationnel et les autres membres désignés du personnel qui assument des rôles et des responsabilités au sein du COPS devraient connaître les principes fondamentaux de la gestion des urgences et le système de commandement, ainsi que le Concept des opérations du COPS, le PIU du PS et le *Plan fédéral d'intervention d'urgence*. Le Comité de planification d'urgence du portefeuille de la Santé (sous-comité opérationnel) est responsable de la surveillance du cycle de planification, lequel inclut la formation.

Bien qu'ils ne soient pas visés par la présente évaluation, d'autres types de formation sont offerts dans l'ensemble du portefeuille de la Santé. Par exemple, l'ASPC est dotée d'un programme de formation complet à l'intention des agents en santé publique et des épidémiologistes. De même, le LNM propose une série de formations avancées pour les employés qui manipulent des contaminants présentant un haut niveau de risque, reconnaissant ainsi qu'une expertise spécialisée est nécessaire pour appuyer les mobilisations des laboratoires. Enfin, avant qu'un employé puisse prendre part à une mobilisation externe à l'étranger, il doit suivre une formation obligatoire sur le système de MIU et les mesures de sécurité des Nations Unies. Le COPS a par ailleurs élaboré un programme de formation de base concernant les mobilisations externes.

**Centre de mesures et d'interventions d'urgence**

En 2012-2013, le CMIU a mis sur pied un groupe de travail sur la formation constitué de représentants du CMIU, du LNM et des régions qui ont été chargés de concevoir un plan d'apprentissage et une matrice indiquant la formation requise selon le niveau des fonctions exercées au sein de la structure de gestion d'incident (SGI). Le plan de formation sur la gestion des urgences du portefeuille de la Santé tient compte des évaluations actuelles des risques, des plans, ainsi que des compétences et de l'expérience requises aux fins des interventions. Malgré la collaboration au sein de ce groupe, les possibilités de formation demeurent largement fragmentées entre le CMIU, le LNM et les Opérations régionales.

À l'origine, le CMIU proposait de la formation en classe, mais il a récemment commencé à constituer un portefeuille de formation en ligne. Les cours essentiels destinés aux personnes assumant une fonction de gestion au sein de la SGI (Gestionnaires des mesures d'urgence de la SGI : formation fonctionnelle) et qui sont affectées par intérim à des fonctions de direction (Chef du groupe de planification de la SGI : formation fonctionnelle et Chef du groupe de la coordination et de la logistique de la SGI : formation fonctionnelle) ont seulement été récemment. Les données relatives à la formation des gestionnaires ne concernent que l'exercice 2016-2017, et aucune donnée sur la formation destinée au groupe des cadres du portefeuille de la Santé n'était disponible. Le tableau 4 précise le nombre de personnes qui ont suivi les cours offerts par le CMIU en vue de compléter leur plan d'apprentissage.

**Tableau 4 : Nombre de personnes ayant terminé les cours sur la SGI du CMIU**

| Cours offerts | Nombre de personnes formées de 2012-2013 à 2016-2017 |
|---|---|
| Planification d'urgence pour tous au travail et à la maison | 159 |
| Orientation concernant les mesures et les interventions d'urgence au portefeuille de la Santé | 108 |
| Les cours ci-dessus présentent de l'information générale destinée à tous les employés. | |
| À quoi s'attendre dans un centre des opérations d'urgence activé | 193 |
| Orientation sur la SGI au portefeuille de la Santé | 171 |
| Personnel général de la SGI : formation fonctionnelle | 85 |
| Gestionnaires des mesures d'urgence de la SGI : formation fonctionnelle | 1 |
| Tous les cours ci-dessus s'adressent aux personnes qui œuvrent au sein de la SGI. | |
| Chef du groupe de planification de la SGI : formation fonctionnelle | 0 |
| Chef du groupe de la coordination et de la logistique de la SGI : formation fonctionnelle | 0 |
| Tous les cours ci-dessus s'adressent aux personnes qui remplissent des fonctions de direction. | |

Des intervenants internes ont mentionné que des possibilités de formation se présentaient également sous la forme de jumelage lors des activations. Ce type de formation servait principalement à doter le personnel les centres activés en continu. Aucun suivi de cette formation n'a été effectué par le CMIU, et de la documentation n'était pas disponible pour être intégré aux futures listes de personnel requis en cas d'activation. Des possibilités de formation liées aux exercices étaient également offertes. Les participants à ces exercices bénéficiant souvent d'une orientation et d'une formation préalables. Bien que cette formation ait été de nature fonctionnelle et concernait les exercices en question, elle présentait aussi de la matière de base sur la SGI et les MIU. Ce type de formation n'a pas fait l'objet d'un suivi par le CMIU, et il n'existait aucun document connexe qui aurait pu être intégré aux listes de personnel requis en cas d'activation.

Avant d'œuvrer au sein de la SGI, une personne doit suivre tous les cours indiqués dans le plan d'apprentissage qui sont associés aux niveaux hiérarchiques connexes. Bien que le CMIU ait assuré le suivi du nombre de personnes qui ont assisté aux cours offerts en classe,

ainsi que du nombre de cours en ligne achevés, les cours auxquels une personne a assisté en vue de compléter son plan d'apprentissage n'ont fait l'objet d'aucun suivi par le Centre. Cette façon d'effectuer le suivi de la formation n'a pas facilité l'élaboration d'une liste des employés qui sont pleinement outillés pour œuvrer au sein de la SGI. De même, il a été impossible d'identifier les employés des différents groupes fonctionnels (p. ex. communications, approvisionnement, finances) qui ont suivi la formation requise.

La formation offerte dans les régions est ouverte à tous les employés du portefeuille de la Santé (c.-à-d., ASPC, Santé Canada et DGSPNI) afin de maximiser le bassin de personnes disponibles. Le cas échéant, les cours sont offerts conjointement avec le LNM, Sécurité publique Canada et les homologues provinciaux et territoriaux. L'information relative aux activités de formation sur la gestion des urgences dans les régions n'était pas centralisée. Les données concernant le nombre de participants à chaque cours étaient disponibles, mais celles qui portaient sur le nombre d'employés pleinement formés étaient difficiles à consulter.

**Laboratoire national de microbiologie**

Tous les membres du personnel du LNM ont suivi une formation suffisante pour répondre aux exigences de base pour œuvrer au sein du COU du LNM. Le LNM a tenu un calendrier de formation sur la gestion des urgences qui prévoyait une certaine marge de manœuvre, de façon à satisfaire les besoins en matière de formation identifiés au début de l'année. La priorité actuelle consiste à accroître les niveaux de formation du personnel des établissements du LNM autres que celui de Winnipeg (c.-à-d., Guelph, Saint-Hyacinthe et Lethbridge).

Le LNM a utilisé le Système de gestion de l'information des laboratoires (SGIL) pour effectuer le suivi du nombre de personnes qui ont profité des possibilités de formation, ainsi que des cours suivis en vue d'atteindre le niveau indiqué dans le plan d'apprentissage. Cet outil a ainsi facilité l'établissement d'une liste d'employés qualifiés pour chaque niveau de participation lors d'un événement. De plus, le SGIL a permis de suivre la participation aux événements et exercices antérieurs et d'identifier ainsi les personnes concernées. Au moment de la présente évaluation, on a dénombré 145 membres du personnel du LNM (Winnipeg et Guelph) qui possédaient ce type d'expérience acquise dans le passé au sein d'un centre des opérations d'urgence. Le tableau 5 indique le nombre d'employés actifs du LNM ayant suivi toute la formation nécessaire pour œuvrer au sein du COU du LNM.

**Tableau 5 : Nombre de personnes formées pouvant œuvrer au sein du COU du LNM**

| Cours offerts | Membres actifs/actuels du personnel du LNM ayant suivi la formation |
|---|---|
| SCI 100 | 452 |
| Introduction aux centres des opérations d'urgence | 449 |
| Les cours ci-dessus sont obligatoires pour tout le personnel du LNM. | |
| Notions essentielles sur les centres des opérations d'urgence | 338 |
| Tous les cours ci-dessus sont obligatoires pour occuper un poste au sein du COU du LNM. | |
| Centre des opérations d'urgence – Niveau trois | 212 |
| Tous les cours ci-dessus sont obligatoires pour occuper un poste de gestion au sein du COU du LNM. | |

À l'extérieur du LNM, il y a peu de données probantes indiquant qu'une liste des employés formés a été dressée pour l'ensemble de l'Agence. Cette information serait pourtant d'une grande utilité pour s'assurer que l'Agence est en mesure de répondre aux besoins en matière de mobilisation à une fonction et à un niveau subalterne ou supérieur particuliers de la SGI.

Les leçons retenues des exercices de préparation ont noté la manque d'uniformité de la formation reçue par le personnel mobilisé en vue d'œuvrer au sein du COPS, en plus d'avoir déterminé que la formation représentait un point faible relativement à l'échange d'information avant et pendant l'activation initiale. Il a été constaté que les personnes œuvrant au sein de la SGI comprenaient mal les exigences en matière d'information, ne savaient pas exactement à qui l'information devait être acheminée et connaissaient mal les points de contact appropriés. S'estimant d'accord avec ces constatations, certains intervenants internes ont affirmé que les lacunes de la formation des employés mobilisés ont provoqué des difficultés au cours des premières semaines d'activation. Ces difficultés seraient partiellement résolues si une formation permettait de mieux comprendre les responsabilités associées aux différents postes.

### Exercices d'intervention d'urgence

**L'ASPC procède à des exercices de simulation de situations d'urgence aux fins de formation et de validation des capacités, des plans, des politiques et des procédures. La grande majorité des participants se sont sentis plus à l'aise d'intervenir dans le cadre d'un événement de santé publique après avoir participé à des exercices gérés par l'ASPC.**

L'Agence de la santé publique du Canada a procédé à un vaste éventail d'exercices dans le but de s'acquitter de ses obligations aux termes de la *Loi sur la gestion des urgences*. Le

groupe de travail sur les exercices du CMIU prépare des plans pluriannuels d'exercices qui reflètent les nouveaux secteurs de priorité. Établis chaque année, ces plans s'alignent sur ceux de l'ensemble du portefeuille de la Santé, ainsi que sur les autres plans d'exercices fédéraux, et ceux des provinces et des territoires, en plus d'être synchronisés avec le calendrier des exercices nationaux de Sécurité publique Canada. Ces exercices se fondent sur diverses méthodes, allant des ateliers et des exercices sur table aux exercices pangouvernementaux à grand déploiement et aux exercices du portefeuille de la Santé.

Le LNM maintient son propre plan d'exercices à l'appui de la mise en œuvre de son programme de gestion des urgences et de la résolution des difficultés internes liées aux interventions. Le plan d'exercices et le plan de formation du LNM sont intégrés de façon à garantir l'intégralité de la portée de la validation des plans et des procédures. Le LNM a également intégré une évaluation du volet des ressources humaines d'un exercice afin de déterminer l'aptitude personnelle des participants qui souhaitent occuper un poste au sein du centre des opérations lors d'un événement.

Le portefeuille de la Santé a participé à, conçu et offert environ 150 exercices au cours de la période d'évaluation. Le CMIU s'est impliqué à une vingtaine d'exercices par année, en plus de 17 exercices de grande envergure visant à détecter les lacunes dans la couverture, à mettre les plans d'urgence à l'essai et à se préparer aux événements à venir. Le COPS a été activé dans le cadre de trois exercices au cours des deux premières années, mais étant donné les incidents réels ayant nécessité une activation, il n'y a eu aucun exercice à ce niveau au cours des trois années suivantes. Le LNM a participé à environ six exercices par année, ayant activé le COU dans le cadre de 16 exercices de 2012-2013 à 2016-2017.

Le CMIU a appuyé les régions en concevant des exercices sur demande, ainsi qu'en offrant du soutien et en assurant la coordination lors d'exercices organisés par les provinces et les territoires. Le CMIU a également sondé les régions afin de connaître les exercices à venir et de les inclure dans des mises à jour trimestrielles. De façon générale, les Opérations régionales ont participé à quatre exercices par année. Les centres régionaux de coordination des urgences (CRCU) ont été activés dans le cadre de 15 exercices de 2012-2013 à 2016-2017.

Les répondants clés ont formulé des commentaires très positifs à propos des programmes d'exercices du portefeuille de la Santé. Ces exercices ont en effet été favorablement accueillis et considérés comme un atout organisationnel par tous les répondants, y compris les provinces et les territoires, les autres ministères et les intervenants du portefeuille de la Santé. Les intervenants ont signalé qu'il serait profitable de tenir davantage d'exercices, même si cela nécessite l'élaboration d'exercices moins complexes. Bon nombre de répondants ont aussi soutenu qu'ils souhaitaient être invités à participer à tous les exercices jugés pertinents. De plus, certains ont laissé entendre que des exercices d'envergure nationale dirigés par l'ASPC permettraient au CMIU de mieux comprendre les capacités provinciales et aux provinces d'approfondir leur compréhension du rôle de l'ASPC.

## Leçons retenues

**Bien que le processus de leçons retenues n'ait pas été correctement mis en œuvre, des données probantes confirment que le portefeuille de la Santé adapte ses processus afin de mieux se préparer et intervenir lors des prochains événements de santé publique.**

Selon le PSGU du PS, les sous-ministres adjoints de toutes les directions générales du portefeuille de la Santé doivent veiller à ce que les leçons retenues des exercices et des événements soient mises en œuvre au sein de leurs programmes, le cas échéant. Il ne semble pas y avoir de documents détaillant des responsabilités distinctes pour le CMIU, le LNM et les Opérations régionales en ce qui a trait à la mise en œuvre des leçons retenues des exercices et des événements, mais les trois organisations ont chacune des processus de leçons retenues différents qui chevauchent seulement dans le cas d'une activation conjointe.

Bien qu'ils soient distincts du point de vue fonctionnel, ces processus prévoient des étapes similaires et produisent des documents semblables. Au sein de chacune des organisations, ce sont des processus à plusieurs étapes qui visent à générer plusieurs documents de façon à s'assurer que les recommandations sont de nature générale, plutôt que de s'appliquer au seul contexte d'un événement particulier. Le processus débute par la tenue d'une discussion et la réalisation d'une évaluation du rendement immédiatement après un événement ou un exercice (étape également appelée « séance de rétroaction immédiate »). Ces séances donnent ensuite lieu à une analyse après action (AAA), à la suite d'un exercice, ou à une analyse après incident (AAI), après un événement ayant nécessité l'activation d'un centre des opérations. Les résultats de l'AAA et de l'AAI sont ensuite analysés en vue d'établir un plan d'amélioration de la capacité d'intervention de l'organisation en prévision des incidents à venir. Enfin, la mise en œuvre des recommandations issues des plans d'amélioration fait l'objet d'un suivi prenant la forme d'un document sur les leçons retenues.

### Centre de mesures et interventions d'urgence (CMIU)

Le CMIU travaille actuellement à mettre en œuvre un plan de leçons retenues révisé qui prévoit des secteurs de responsabilité et des processus définis plus clairement de sorte que le suivi des opérations soit mieux articulé. Ce plan précise que les séances de rétroaction immédiate doivent se tenir dans la semaine qui suit la désescalade d'un événement, que le rapport provisoire et le plan d'amélioration doivent être présentés dans les 30 jours suivant la désescalade, et que le rapport final doit être soumis dans les 90 jours suivant la désescalade.

Les leçons tirées grâce au nouveau processus de leçons retenues du CMIU doivent être classées en trois catégories, ce qui devrait contribuer à clarifier la gouvernance associée à la mise en œuvre :

- les leçons stratégiques (observations qui ne relèvent pas de la compétence du portefeuille de la Santé et qui doivent être portées à l'attention des niveaux supérieurs aux fins de détermination des mesures à prendre);
- les leçons tactiques (observations qui méritent l'attention la haute direction et qu'il y ait un suivi dans le cadre du processus de leçons retenues);
- les leçons opérationnelles (observations pour lesquelles les secteurs de programmes ont les ressources, le mandat et le pouvoir requis pour s'en occuper).

Au cours de la période qui a précédé le plan révisé, le CMIU a publié deux rapports sur les leçons retenues, le premier portant sur les événements survenus entre novembre 2012 et février 2014, et le deuxième, sur les événements qui se sont produits entre décembre 2013 et avril 2015. Ces rapports faisaient état de tous les exercices et événements de grande envergure, à l'exception d'un seul (l'exercice *Huron Challenge*), ainsi que de certains incidents qui ont nécessité l'activation de niveau 1 du COPS. Pour faciliter la transition au nouveau processus de leçons retenues du CMIU, les plans d'amélioration en suspens ayant trait à six événements et à deux exercices survenus entre 2011 et 2014 ont été soumis à un examen visant à garantir le suivi des recommandations essentielles. Des autres recommandations de moindre importance, ont été archivées.

En plus de présenter une synthèse des mesures correctives qui ont été prises et de leur stade de mise en œuvre, ces documents décrivent en détail plusieurs lacunes associées au processus de leçons retenues. Plus précisément, on a constaté la nécessité d'appliquer une approche plus systématique au processus de leçons retenues, de normaliser davantage l'entrée de données, de réduire l'ambiguïté liée à la détermination des mesures correctives appropriées, de veiller à ce que ces mesures soient mises en place au moment opportun et avec des responsabilités clairement définies concernant leur réalisation.

On s'attend à ce qu'une AAA ou une AAI se fasse suite à chaque événement et exercice de grande envergure. Toutefois, la collecte d'information concernant les leçons retenues était incohérente tant pour les événements que pour les exercices. Parmi les dix événements de grande envergure survenus au cours de la période d'évaluation, trois n'étaient associés à aucun rapport d'AAA disponible aux fins d'examen (l'intervention relative aux réfugiés syriens s'est terminée le 1er mars 2016, l'intervention relative au virus Zika a pris fin le 13 janvier 2017 et l'intervention relative au fentanyl s'est terminée le 31 mars 2017). La vaste majorité des intervenants internes et des représentants des secteurs de programmes ont reconnu le manque de cohérence caractérisant le suivi consécutif aux événements. Ils ont en effet mentionné qu'il peut s'écouler plusieurs mois entre un événement et la séance de rétroaction immédiate, ce qui nuit à la qualité des examens. De plus, les résultats des AAA et des AAI ont rarement été mis en application dans les délais prévus, et les recommandations n'ont pas été communiquées de manière uniforme aux participants ou à l'ensemble de la collectivité du portefeuille de la Santé. L'évaluation a également révélé que, dans les cas où des rapports sont effectivement publiés, les documents ne semblent pas être conservés dans un dépôt central de manière à en faciliter la consultation et le suivi.

Les recommandations issues des rapports d'AAA n'ont fait l'objet que de peu de suivi systématique, mais des données empiriques indiquent que les AAA et les AAI ont servi à orienter des changements. Par exemple, il a été observé que les risques sont mieux gérés depuis le processus de leçons retenues qui a suivi les interventions visant la grippe aviaire H7N9 et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV). La Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU) a entrepris de procéder à un exercice de modernisation et a élaboré un système de gestion des stocks à la suite d'un examen des leçons retenues. De plus, le cadre de sécurité sanitaire a été établi après l'éclosion de maladie à virus Ebola. En outre, l'information contenue dans ces rapports s'est avérée utile dans le cadre de la présente évaluation, car elle a permis de cerner les défis en matière de gestion des urgences.

**Centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie (COU du LNM)**

Le LNM s'est doté d'une procédure opérationnelle normalisée qui régit l'achèvement du processus d'AAA. Le LNM peut procéder à une AAA informelle à tous les stades d'un événement afin d'évaluer le rendement et de cerner rapidement les forces et les faiblesses, ou attendre la conclusion de l'événement pour effectuer une AAA officielle. Si le COU du LNM n'a été activé que partiellement, il est possible de préparer un compte rendu d'équipe plutôt que d'entreprendre une AAA. Les analyses après action prévoient l'établissement d'une matrice des améliorations faisant l'objet d'un suivi dans le Système de gestion de l'information des laboratoires (SGIL). La réalisation du processus fait également l'objet d'un suivi, aux fins d'inclusion dans le système de gestion de la qualité du LNM, en conformité à la norme internationale ISO 9001-2008. De cette façon, on s'assure que les enjeux, les défis et les autres aspects dont il a été question lors des séances de rétroaction immédiate se traduisent par des mesures correctives décrites dans les rapports d'AAA et d'AAI, et deviennent ainsi des leçons retenues.

Des analyses après action ont été effectuées à la suite d'événements ayant nécessité une activation totale (12), et des comptes rendus d'équipe ont été préparés après des événements au cours desquels le COU du LNM n'a pas été totalement activé (3). La norme de service attendue relativement à la réalisation de ces analyses est passée de 15 à 30 jours à la suite d'une consultation avec les auditeurs de l'ISO en 2016. Le LNM a respecté cette norme de service actuelle dans 75 % des cas, le délai moyen de réalisation du processus d'AAA étant de 29,75 jours. Dans les autres cas, l'incapacité à respecter les échéances associées aux séances de rétroaction immédiate était attribuable au manque de personnel (MERS-CoV, 53 jours; mobilisation de la recherche de l'équipe d'intervention en cas d'urgence microbiologique [EIUM], 132 jours) et aux importantes quantités d'information à traiter (virus Zika, 31 jours).

Par ailleurs, le LNM assure le suivi de la réalisation des améliorations découlant des AAA. On a dénombré 132 recommandations d'amélioration issues de 12 activations. Dix de ces activations ont donné lieu à des recommandations dont la mise en œuvre est maintenant achevée. Actuellement, deux événements sont associés à des recommandations qui sont

toujours en suspens. La moitié des recommandations qui ont découlé de l'intervention relative à la fièvre Ebola n'ont pas été mises en œuvre, et la totalité des recommandations qui ont fait suite à l'intervention relative au virus Zika n'ont pas été mises en œuvre.

Selon la procédure opérationnelle normalisée du LNM, les résultats des activités ayant trait aux leçons retenues doivent être rassemblés aux fins d'inclusion dans les rapports du portefeuille de la Santé. Le CMIU a présenté les résultats des activités du LNM à une seule occasion, soit dans le rapport annuel sur les leçons retenues de 2014-2015. Peu de données indiquent que le CMIU a adopté les leçons retenues du LNM.

**Régions**

De façon générale, les centres régionaux de coordination des urgences (CRCU) sont activés parallèlement au COPS, au COU du LNM ou à un centre provincial ou territorial des opérations d'urgence. Les activités relatives aux leçons retenues des Opérations régionales incluent la participation à des séances de rétroaction immédiate, l'examen des rapports d'AAA et d'AAI qui résultent de ces séances, ainsi que l'amélioration des activités régionales dans les cas où les régions participent à un examen effectué par le CMIU. Aucun rapport d'AAA préparé par les régions n'était disponible aux fins d'examen.

Les intervenants ont signalé que les Opérations régionales communiquent les examens des leçons retenues de leurs homologues provinciaux respectifs dans le cas des activités réalisées conjointement. Bien que le principal objectif de ces examens soit d'analyser les domaines d'incidence, ils ont généré trop peu de documentation pour cerner une incidence globale à l'échelle de l'Agence. Le CMIU produit des rapports au sujet des leçons retenues des activations exécutées conjointement avec les CRCU, mais aucune donnée n'a confirmé l'existence d'un dépôt central où seraient stockés les rapports d'AAA impliquant les Opérations régionales ont participé, mais pas le CMIU.

**Mesures d'efficience**

Si le CMIU déployait des efforts mieux concertés pour compléter le processus de leçons retenues dans un délai approprié après les événements et les exercices, on estime que la communication des résultats s'en trouverait facilitée et que les améliorations aux systèmes de MIU seraient adoptées plus rapidement. L'inclusion des leçons retenues concernant les événements et exercices dirigés par les régions et le LNM viendrait favoriser cette initiative, sans toutefois entraîner les coûts associés à la participation directe du COPS.

### 4.4.2 Détection

**Des systèmes sont en place pour recueillir, générer et communiquer des renseignements sur les menaces potentielles pour la santé publique tant au pays qu'à l'étranger. Le Réseau mondial d'information en santé publique représente une importante source d'information sur les événements de santé publique, ses données étant largement diffusées parmi les partenaires convenables. Dans certains cas, les**

**activités de détection et d'intervention sont également appuyées par les services du médecin de garde.**

### Point focal national du *Règlement sanitaire international*

Le *Règlement sanitaire international* (RSI) est un traité international qui exige des pays signataires qu'ils renforcent leurs capacités en matière de détection, d'évaluation, de signalement et d'intervention concernant les événements de santé publique. La mise en œuvre du RSI au Canada constitue un effort de collaboration entre le gouvernement du Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux. L'ASPC étant le point focal national du RSI, le CMIU tient lieu de guichet unique permettant des communications rapides entre les autorités canadiennes en matière de santé publique, l'OMS, l'Organisation panaméricaine de la Santé et les autorités sanitaires étrangères. Les autres ministères fédéraux dont les activités liées aux mesures et interventions d'urgence concernent des événements relatifs à la santé (p. ex. ministère de la Défense nationale) ont désigné des champions du RSI en vue de faciliter la coordination et les communications.

Le Canada a dépassé le niveau exigé des États membres et il travaille actuellement à atteindre un niveau avancé, d'où il conseillera d'autres pays au sujet du RSI. Le Canada a atteint toutes les cibles établies par le RSI depuis 2012. Des difficultés sont survenues dans quelques secteurs, mais celles-ci ont été résolues depuis. En 2013 par exemple, des préoccupations ont été soulevées relativement aux procédures opérationnelles normalisées régissant les communications entre l'ASPC (qui tient lieu de point focal national) et les partenaires participant aux interventions. En 2014, des améliorations ont été notées en ce qui a trait aux communications, à la surveillance et aux capacités de laboratoire de base au sein du point focal national. À deux occasions, l'ASPC a omis de signaler des cas ou des éclosions dans le délai prévu de 24 heures, bien que l'Agence se soit efforcée d'atténuer les répercussions en diffusant de l'information par d'autres mécanismes de signalement (Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments, ou INFOSAN) ou en la diffusant très peu de temps après le délai prévu (c.-à-d. deux jours après, une fois que les données probantes ont été confirmées).

Sur la scène internationale, le CMIU a aussi soutenu les échanges d'information en contribuant à l'établissement de points focaux nationaux dans d'autres pays. De 2014 à 2016, le point focal national du RSI pour le Canada a participé ou contribué à des missions dirigées par l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'Organisation mondiale de la Santé à la Barbade, en République dominicaine, au Brésil et en Colombie. Il a également participé à des échanges bilatéraux avec le Brésil. La surveillance numérique, comme celle qui est exercée par le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP), est considérée comme un complément essentiel aux structures de surveillance officielles, car elle favorise la détection et l'intervention précoces[22].

### Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP)

Le Réseau mondial d'information en santé publique est un système Web de surveillance de la santé publique établi en 1997 par Santé Canada, en collaboration avec l'OMS. Le RMISP permet de détecter, analyser et diffuser des renseignements au sujet des événements de santé publique potentiels ou confirmés. L'application surveille l'information provenant de sources ouvertes, y compris des médias, et diffusée en neuf langues (l'arabe, l'anglais, le farsi, le français, le portugais, le russe, le chinois simplifié, l'espagnol et le chinois traditionnel). Une équipe multidisciplinaire et multilingue d'experts analyse les données reçues et diffuse des alertes, des rapports et d'autres avis.

Près de 50 % des données du système d'alerte et d'intervention rapide de l'OMS provenaient du RMISP, qui fut reconnu comme la première organisation à alerter les autorités à propos du MERS-CoV en 2012, ainsi qu'à détecter l'éclosion de grippe aviaire H7N9 et la réapparition de la polio au Cameroun en 2013. Le Réseau a également joué un rôle important dans la détection de l'éclosion de maladie à virus Ebola en 2014.

Le RMISP a aussi publié régulièrement des rapports sur des événements de santé publique nécessitant la surveillance de rassemblements de masse, en plus d'avoir été sollicité pour surveiller les annulations de vols, les avis aux voyageurs et les procédures de contrôle de santé appliquées aux passages frontaliers (p. ex. pendant l'intervention relative à l'éclosion de maladie à virus Ebola). Le RMISP a fourni à plusieurs États membres de l'OMS un accès et de la formation afin de les aider à mettre en place des capacités de surveillance axées sur les événements. Des partenaires bilatéraux (Brésil et Chine) ont un compte du Réseau, y ont accès et ont reçu de la formation connexe. Le Réseau continue d'ailleurs de publier des rapports sur des événements touchant des rassemblements de masse, tels que ceux qui se sont déroulés au Brésil (p. ex. la Coupe du monde de la FIFA de 2014 et les Jeux olympiques et paralympiques de 2016), et sur les éclosions pertinentes (p. ex. virus Zika). Le Réseau a également mis son expertise au service du ministère de la Santé du Brésil, dans le cadre de son projet d'élaboration d'une application pour téléphone intelligent qui s'appuyait sur la surveillance participative lors des Jeux olympiques de 2016.

### Médecin de garde

Les principaux secteurs de programmes, les autorités provinciales et territoriales ou d'autres intervenants peuvent signaler des situations d'urgence potentiels au Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) par l'entremise du bureau de la surveillance du centre des opérations, qui tient lieu de point central de coordination pour la communication d'information concernant un événement. Un agent de service achemine l'information au secteur de programme responsable, aux fins d'évaluation initiale, ainsi qu'à un conseiller médical qui déterminera les autres secteurs du portefeuille de la Santé possiblement touchés. Dans certaines situations (p. ex. après les heures de travail normales), l'agent de service transmettra l'information au médecin de garde. Celui-ci coordonnera l'évaluation du portefeuille de la Santé en collaboration avec les autres points focaux compétents en matière de risques et de sécurité.

Il incombe au secteur de programme concerné, au conseiller médical ou au médecin de garde, informés par un ensemble défini d'éléments déclencheurs et de considérations, de déterminer si la situation requiert la convocation de Équipe d'évaluation de la situation du portefeuille de la Santé (EES du PS). C'est cette équipe qui détermine si une intervention du portefeuille de la Santé est requise. Si la situation ne nécessite pas la mise sur pied d'une équipe d'évaluation, le secteur de programme concerné, le conseiller médical ou le médecin de garde en informe la haute direction, au besoin, et la surveillance de la situation se poursuit. Si la situation requiert une évaluation plus approfondie, le secteur de programme concerné, le conseiller médical ou le médecin de garde en informe le directeur général, le directeur exécutif ou le CMIU, puis communique avec le bureau de la surveillance du COPS afin de convoquer l'Équipe d'évaluation de la situation du portefeuille de la Santé.

**Mesures d'efficience**

Le CMIU ne recueille ni ne conserve systématiquement l'information concernant la façon dont les données de détection sont diffusées dans l'ensemble de l'Agence, donc peu de documents ont pu être examinés dans le cadre de la présente évaluation. Dans le passé, un audit des activités liées aux MIU a révélé qu'une certaine confusion entourait la question de savoir qui est responsable de transmettre l'information à la haute direction. Des intervenants ont d'ailleurs laissé entendre que le problème n'est toujours pas été réglé. Il a été signalé que c'est le médecin de garde qui communique l'information à la haute direction, sans que le secteur de programme ait la chance de l'examiner d'abord.

Malgré ces difficultés liées à l'efficience, rien n'indique, que ce soit dans la documentation ou chez les intervenants, que l'ASPC n'est pas en mesure de détecter les événements de santé publique particulièrement préoccupants.

### 4.4.3 Intervention

Les activités d'intervention de l'Agence sont l'aboutissement des activités de préparation et de détection. L'Agence intervient lors d'événements qui ont une incidence sur la santé des Canadiens en coordonnant les efforts du portefeuille de la Santé, des autres ministères, des provinces et des territoires, ainsi que des organismes non gouvernementaux. Lors de certains événements, mais pas tous, il est nécessaire d'activer un centre des opérations d'urgence de manière à faciliter l'intervention. Outre des services de coordination, l'ASPC peut également fournir des ressources et du personnel.

Il a été difficile de décrire l'incidence des activités menées par les centres des opérations sur l'issue des événements. Le caractère unique et la nature fluide des situations d'urgence et des interventions connexes n'ont pas permis d'établir une base de référence à laquelle on aurait pu comparer les activités. De plus, aucun document ne décrivait les objectifs de l'activation des centres des opérations d'urgence et la façon dont ils ont été atteints. Au lieu de cela, toutes les rapports produits après les actions avaient tendance à viser l'efficience du système (p. ex. formation, communications).

Toutefois, on a constaté que la vaste majorité des principaux intervenants externes (autres ministères, provinces et territoires) ont affirmé que toutes les activations effectuées de 2012-2013 à 2016-2017 ont été couronnées de succès. Généralement satisfaits du soutien, des conseils et des directives fournis par l'ASPC lors d'événements de santé publique, ces intervenants étaient d'avis que les activités d'intervention de l'Agence s'étaient améliorées depuis l'intervention relative à la grippe H1N1 en 2009. Ils ont aussi indiqué qu'ils avaient éprouvé des difficultés au moment d'intervenir relativement à des événements de santé publique, mais que celles-ci n'étaient ni excessives ni inattendues.

**Centres des opérations d'urgence**

Tel que mentionné précédemment, l'ASPC peut s'appuyer sur plusieurs centres des opérations pour faciliter la préparation en vue de rassemblements de masse et d'événements importants, ainsi que pour intervenir lors de catastrophes naturelles ou d'origine humaine. Ces centres des opérations aident notamment le Canada à s'acquitter de ses obligations sur la scène internationale, lesquelles consistent à intervenir lors d'événements au pays et à l'étranger, tels que des éclosions de maladies infectieuses, des pandémies de grippe ou des attaques bioterroristes. Agissant comme plateforme de commandement et de coordination centralisée des interventions d'urgence, le COPS fonctionne conjointement avec le COU du LNM et les CRCU. Ces centres des opérations sont indépendants les uns des autres et peuvent ou non être activés simultanément.

**Centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS)**

Le COPS maintient un état de préparation de niveau 1 à l'appui des activités de surveillance, de détection et d'alerte de l'Agence. À ce niveau, le centre tient lieu de guichet unique pour la coordination des activités d'intervention lors d'événements de santé publique donnés. Il agit également comme point de contact en matière de soutien à la gestion des urgences en facilitant les échanges d'information, en appuyant les activités d'intervention FPT et en assurant la coordination des interventions du Portefeuille, du COU du LNM et des CRCU. À ce niveau, le COPS peut aussi tenir lieu de guichet unique aux fins des déploiements mobilisées au pays et à l'étranger.

Lorsqu'un événement se produit, un centre des opérations est activé à un niveau d'intervention proportionnel à l'ampleur des activités nécessaires pour intervenir dans le cadre de l'événement. Pendant une intervention, la gouvernance est tributaire du niveau d'activation du COPS. Les structures d'intervention d'urgence du COPS et des CRCU appliquent une approche normalisée se fondant sur une structure de gestion d'incident (SGI) pour coordonner les diverses fonctions de l'intervention (y compris le personnel, les installations, l'équipement, les procédures et les communications). Lorsque le COPS est activé au niveau 2 ou à un niveau supérieur sous l'autorité de Santé Canada, un groupe de direction du portefeuille de la Santé est mis sur pied et chargé de formuler des orientations stratégiques et d'assurer la surveillance. Les modalités de composition de ce groupe sont suffisamment flexibles pour s'adapter aux circonstances de l'intervention, mais le groupe est normalement constitué de cadres supérieurs qui veillent à l'orientation stratégique et à la

surveillance de l'intervention. Ce groupe conseille aussi la ministre de la Santé en ce qui concerne les efforts d'intervention. Dans les cas où le COPS est activé aux niveaux allant jusqu'à celui où un groupe de direction du portefeuille de la Santé est établi, le leadership est assuré grâce à la mise sur pied d'un groupe exécutif de planification de l'ASPC parallèlement à un comité principal de prévoyance ou en remplacement de celui-ci.

Le centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie (COU du LNM) utilise un système de commandement en cas d'incident (SCI)[v]. Au sein du COU du LNM, douze directeurs de centre des opérations assurent, par rotation, l'orientation et la planification des interventions tous les jours, 24 heures sur 24.

Selon la situation, différents intervenants ont le pouvoir d'intensifier le niveau d'activation. Dans le cas d'une activation de niveau 2, ce sont le directeur général de la DGISS et le directeur général du secteur de programme qui ont ce pouvoir, tandis que la décision d'activer le centre au niveau 4 incombe au groupe de direction du portefeuille de la Santé. Le tableau 5 présente une description complète des niveaux d'activation, ainsi que le nombre d'activations effectuées à chaque niveau et le nombre de jours passés à chaque niveau d'activation pour la période allant de 2012-2013 à 2016-2017.

[v] La structure d'intervention en cas d'urgence du portefeuille de la Santé s'inspire des principes de commandement et de conduite des opérations du SCI, mais en élargit la portée en incluant une fonction de coordination multiservice.

**Tableau 6 : Niveaux d'activation du centre des opérations du portefeuille de la Santé**

| Niveau d'activation | Moment d'utilisation | Description | Personnel | Autorité | Incidence sur le secteur de programme | Événements |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1<br>Surveillance, détection et alerte | Les activités quotidiennes du COPS se déroulent normalement.<br><br>La SGI du portefeuille de la Santé n'a pas été mobilisée. | Le COPS produit des documents d'information sur la connaissance de la situation, en concert avec les secteurs de programmes du portefeuille de la Santé. Ces documents seront transmis aux participants à la gestion des urgences.<br><br>Le personnel du COPS ne prend aucune mesure extraordinaire. | Les membres du personnel du COPS exécutent leurs activités habituelles à leur lieu de travail. | Directeur, Bureau de la connaissance de la situation et des opérations | Activités normales<br><br>Les renseignements tous risques font l'objet d'une surveillance et sont consignés par le bureau de la surveillance du COPS. | Nombre total d'événements :<br>COPS : 6<br>CRCU : 4<br>LNM : 1<br>Nombre total de jours qu'ont duré les événements de niveau 1 :<br>COPS : 124<br>CRCU : S. O.<br>LNM : 40 |
| 2<br>Vigilance accrue et préparation | L'incidence réelle ou potentielle d'un événement nécessite une coordination et une planification accrues, car elle dépasse les capacités des secteurs de programmes touchés du portefeuille de la Santé. | Bon nombre d'activités normales continuent de se dérouler.<br><br>On procède à une surveillance accrue de l'événement et à une coordination approfondie des opérations. | Les professionnels et les ressources des secteurs de programmes du portefeuille de la Santé peuvent être réaffectés au COPS. | Chef de la direction générale, DGISS, et DG du secteur de programme | Bon nombre d'activités normales continuent de se dérouler.<br><br>Surveillance accrue de l'événement.<br><br>Coordination accrue de l'information et des activités d'intervention entre les intervenants. | Nombre total d'événements :<br>COPS : 10<br>CRCU : 9<br>LNM : 7<br><br>Nombre total de jours d'activation :<br>COPS : 1067<br>CRCU : S. O.<br>LNM : 114 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3<br>Escalade partielle | L'incidence réelle ou potentielle d'un événement demande **l'utilisation accrue** des ressources et des biens du portefeuille de la Santé afin de permettre une intervention adéquate. | Les activités d'intervention sont ajustées selon les besoins établis par la Gestion des urgences.<br><br>La fréquence des activités d'intervention et l'élaboration de produits de planification et d'information sont susceptibles d'augmenter en parallèle avec l'incidence réelle ou potentielle de l'événement sur le portefeuille de la Santé. | Il est possible qu'on demande à des membres du personnel de travailler au-delà de leur semaine de travail habituelle de huit heures par jour et cinq jours par semaine.<br><br>La dotation en personnel se fonde sur une évaluation de la situation actuelle et prévue fournie par les chefs de la SGI ou les secteurs de programmes touchés. | Chef de la direction générale, DGISS, et SMA du secteur de programme | Les secteurs de programmes peuvent être réduits ou mis en alerte.<br><br>Les activités habituelles du COPS seront suspendues afin de fournir une capacité de mobilisation aux fins de l'intervention. | Nombre total d'événements :<br>COPS : 0<br>CRCU : 0<br>LNM : 8<br><br>Nombre total de jours d'activation :<br>COPS : 0<br>CRCU : 0<br>LNM : 443 |
| 4<br>Pleine escalade | L'incidence réelle ou potentielle d'un événement demande **l'utilisation maximale** des ressources et des biens du portefeuille de la Santé afin de permettre une intervention adéquate. | Les activités d'intervention sont ajustées selon les besoins établis par la Gestion des urgences.<br><br>La fréquence des activités d'intervention et l'élaboration de produits de planification et d'information sont susceptibles d'augmenter en parallèle avec l'incidence réelle ou potentielle de l'événement sur le portefeuille de la Santé. | Les membres du personnel travaillent au-delà de leur semaine de travail habituelle de huit heures par jour et cinq jours par semaine.<br><br>La SGI du COPS est dotée en personnel en tout temps, tel que déterminé par la Gestion des urgences et les chefs de la SGI du portefeuille de la Santé et approuvé par le groupe de direction du portefeuille de la Santé. | Groupe de direction du portefeuille de la Santé | Les secteurs de programmes peuvent être réduits ou mis en alerte.<br><br>Le groupe de direction du portefeuille de la Santé se réunit à intervalles réguliers. | Nombre total d'événements :<br>COPS : 0<br>CRCU : 0<br>LNM : 0<br><br>Nombre total de jours d'activation :<br>COPS : 0<br>CRCU : 0<br>LNM : 0 |

Au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017, onze événements ont été considérés par le CMIU comme des situations de surveillance de niveau 1, la totalité de ces événements étant survenus en 2012-2013 et en 2013-2014. Les événements de niveau 1 ont le plus souvent été déclenchés en réaction à une éclosion de maladie de moindre importance au pays (p. ex. infection à l'*E. coli*) ou à une éclosion localisée (p. ex. éclosion de rage à Toronto, grippe H5N1). Les situations de surveillance de niveau 1 incluaient également des catastrophes localisées ou potentielles (p. ex. déraillement de train à Lac-Mégantic, ouragan Sandy). Le CMIU a également désigné le COPS comme organe de surveillance de l'intervention relative à une pénurie de médicaments.

Le COPS est passé au niveau d'activation 2 dans le cadre de dix événements de santé publique distincts qui se sont produits au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017. Dans la plupart des cas, le centre a été activé en réaction à des éclosions de maladies (c.-à-d., infection à l'*E. coli*, grippe H1N1v, grippe aviaire H7N9, MERS-CoV, maladie à virus Ebola, virus Zika), mais l'une des activations a fait suite à un événement local particulier (feux de forêt en Alberta), une autre avait trait à un événement prévu (Jeux panaméricains et parapanaméricains) et deux autres activations ont résulté d'autres préoccupations (réfugiés syriens, crise des opioïdes).

La durée des périodes d'activation au niveau 2 du COPS allait de huit jours (grippe H1N1v) à 614 jours (maladie à virus Ebola). Les événements qui se sont produits de 2014-2015 à 2016-2017 ont fait en sorte que le COPS est demeuré activé sur une base quasi permanente (969 jours, soit 88 % des trois années). Il s'agissait donc d'un changement considérable par rapport aux deux années précédentes, au cours desquelles le COPS a été activé 13 % du temps. La majeure partie de cette différence est attribuable aux interventions de l'ASPC relatives à la maladie à virus Ebola et au virus Zika.

Des intervenants internes et externes ont affirmé avoir perçu un changement dans la nature des situations d'activation, laissant entendre que les événements de santé publique traditionnels (interventions relatives à des événements de nature biologique tels que la grippe ou prestation de soutien en matière de services sociaux lors d'événements tels que des inondations ou des incendies) ont cédé le pas aux événements non traditionnels (réfugiés syriens, crise des opioïdes). Quelques-uns estimaient qu'une certaine confusion entourait les rôles et les responsabilités dans le cadre des interventions relatives aux événements non traditionnels comme la crise des opioïdes. Cette perception a été validée par les types d'événements dans le cadre desquels l'Agence est intervenue de 2012 à 2017, ainsi que par certains rapports d'analyse après action. De plus, la lettre de mandat de la ministre de la Santé délivrée le 4 octobre 2017[23] demandait à cette dernière de « travaille[r] avec le ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile pour revoir le cadre canadien relatif à la gestion des urgences en santé publique ». Au moment de la présente évaluation, l'ASPC se penchait sur le rôle qu'elle joue lors des interventions relatives à ces types d'événements.

### Centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie (COU du LNM)

Le COU du LNM maintient un état de préparation de base de niveau 1 à l'appui des activités de surveillance, de détection et d'alerte. Au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017, il y avait 29 événements pour lesquels le centre a été activé au niveau 1. Contrairement à ce qui a cours au COPS, l'activation de niveau 1 du COU du LNM s'applique généralement aux formations (21) et aux exercices (7) seulement. Une seule exception a été relevée au cours de la période d'évaluation.

Le LNM a intensifié le niveau d'activation de son COU dans le cadre d'une quinzaine d'événements qui se sont produits entre 2012-2013 et 2016-2017. Dans la plupart des cas (neuf fois), le centre a été activé en réaction à des éclosions de maladies (p. ex. infection à l'*E. coli*, maladie à virus Ebola). Toutefois, le centre a également été activé à trois reprises à l'appui de l'équipe d'intervention en cas d'urgence microbiologique (EIUM), soit lors d'un événement planifié et dans le cadre de deux autres événements. Parmi les quinze situations d'activation, huit ont été augmenté jusqu'au niveau 3, dont six entre 2012-2013 et 2014-2015 et deux (maladie à virus Ebola et virus Zika) en 2015-16 et en 2016-17.

La durée des périodes d'activation aux niveaux 2 et 3 allait de trois jours à 238 jours (virus Zika). Le COU du LNM a été activé pendant un total de 530 jours au cours des cinq dernières années (29 %) et pendant 398 jours au cours des trois dernières années (36 %). Au total, le Centre a été activé au niveau 3 pendant 443 jours et au niveau 2 pendant 114 jours[vi].

### Centres régionaux de coordination des urgences (CRCU)

Les CRCU ont quatre niveaux d'activation qui sont semblables à ceux du COPS du point de vue fonctionnel. Le niveau d'activation des CRCU peut être déterminé avec l'autorisation du directeur régional de l'ASPC ou du plus haut fonctionnaire de Santé Canada dans la région, selon le responsable de l'intervention au sein du portefeuille de la Santé. Une fois activés, les CRCU peuvent soutenir des opérations vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept, selon la nature de l'événement ou de la situation d'urgence, mais ils peuvent nécessiter la mobilisation de ressources humaines supplémentaires provenant d'autres régions et maintenir ces exigences opérationnelles accrues pendant des périodes prolongées.

Le CMIU n'a pas conservé dans un endroit centralisé l'information relative aux activations des CRCU. En fait, des renseignements précis sur les activations ont été recueillis de manière sporadique, mais étaient plus facilement disponibles dans le cas des activations récentes. Il semble que les CRCU aient été activés plus fréquemment que ce que le présent rapport indique. Les CRCU ont été activés au niveau 1 dans le cadre de quatre événements, dont deux étaient planifiés (Coupe du monde féminine des moins de 20 ans de la FIFA et

[vi] On a constaté un écart entre la somme des jours d'activation aux niveaux 2 et 3 et le nombre global de jours indiqué, car le COU du LNM a été activé aux niveaux 2 et 3 simultanément pendant plusieurs jours en 2012-2013 et en 2016-2017.

Jeux panaméricains et parapanaméricains) et les deux autres consistaient en des interventions relatives à des catastrophes naturelles (ouragan Sandy, évacuation des Premières Nations).

Par ailleurs, les Opérations régionales ont fait augmenté au niveau 2 l'activation des CRCU lors de neuf événements qui se sont produits au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017. Dans la plupart des cas, les activations ont résulté d'événements régionaux particuliers, mais dans trois situations (maladie à virus Ebola, réfugiés syriens et crise des opioïdes), les CRCU ont été activés parallèlement à l'activation simultanée du COPS et du COU du LNM.

**Mobilisation**

La réussite des activités d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé dépend de la mobilisation du personnel. La mobilisation consiste à affecter temporairement des personnes à des fonctions ou à des endroits qui diffèrent de leur travail habituel afin d'appuyer les efforts d'intervention concernant un événement. Cette définition inclut les mobilisations qui visent à soutenir les centres des opérations du portefeuille de la Santé (COPS, COU du LNM et CRCU), ainsi que les opérations sur le terrain menées par des intervenants extérieurs au portefeuille de la Santé en réponse à une demande d'aide soumise par une province, un territoire ou un partenaire étranger. Le CMIU contribue aussi à la mobilisation du personnel des provinces et des territoires en vue de soutenir d'autres provinces ou territoires.

Le CMIU agit à titre de guichet unique du portefeuille de la Santé et de plateforme pour la planification et la gestion de la coordination des activités d'intervention visant des situations d'urgence et des événements de santé publique. Dans de telles situations, le centre coordonne les capacités de mobilisation des professionnels de la santé dans l'ensemble des provinces et des territoires au moyen du Cadre de travail opérationnel pour des demandes d'aide mutuelle (CTODAM). Le CMIU soutient également la coordination des déploiements de personnel de l'Agence au pays et à l'étranger conformément aux paramètres des accords-cadres nationaux, provinciaux, territoriaux et internationaux (p. ex. Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS).

**Mobilisation des centres des opérations**

Si le niveau de soutien requis lors d'un événement nécessite une intervention coordonnée du portefeuille de la Santé, le CMIU mobilise une structure de gestion d'incident (SGI) conformément au protocole de mobilisation du COPS. Cette structure permet l'ajout de capacités de mobilisation de manière à faciliter l'exécution des tâches requises. Selon des répondants clés, il n'est pas nécessaire de doter tous les postes à chaque activation, ce qui signifie que le gestionnaire des urgences sélectionne le personnel de commandement selon les besoins. Celui-ci est toutefois censé inclure un gestionnaire des urgences et un gestionnaire adjoint, des représentants des services juridiques, des communications et des politiques stratégiques, ainsi que les chefs des groupes chargés des opérations, de la planification, de la logistique et des services de gestion.

Un bassin d'employés du portefeuille de la Santé ayant reçu le soutien et l'approbation de leurs gestionnaires devrait constituer la principale source de personnel pour la SGI. On s'attend à ce que le nombre de personnes requis augmente avec la nécessité d'assurer une couverture accrue aux niveaux d'activation supérieurs. Selon les besoins déterminés, les chefs de groupes demandent d'obtenir du personnel supplémentaire au sein de la SGI par l'entremise du chef des Services de gestion, la taille de structure variant selon les besoins. Si l'événement requiert une période opérationnelle qui s'étend à tous les jours de la semaine, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, le gestionnaire des urgences doit en informer les chefs de sections et prendre les dispositions relatives à l'ajout de personnel supplémentaire en consultation avec le chef des Services de gestion et les représentants des ressources humaines du COPS. Si le bassin établi ne suffit pas à répondre aux besoins de la SGI, des ressources extérieures au portefeuille de la Santé (p. ex. réserves établies du secteur de la santé, autres ministères) peuvent être ajoutées à l'aide des mécanismes établis traitant des ressources humaines requises lors des interventions.

Selon le personnel du programme, le CMIU a été en mesure de doter suffisamment la SGI mise en place lors de toutes les activations réalisées au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017. La documentation relative au personnel mobilisé dans le cadre des activations du COPS est toutefois limitée. Il est donc difficile de confirmer qu'une SGI pleinement dotée en personnel a effectivement été mise en place lors des événements, mais le personnel du programme a souligné que même si les postes de la SGI ne sont pas tous dotés comme prévu, le travail nécessaire est tout de même effectué (chacun des membres du personnel mobilisé s'acquitte de plusieurs fonctions).

Bien qu'aucun intervenant de l'extérieur n'ait fait part de préoccupations relatives à la capacité du COPS à fonctionner avec le personnel disponible, des intervenants internes se sont dits préoccupés par le fait que la récente vague d'activations a peut-être eu une incidence négative sur les participants, ce que confirment les processus de leçons retenues exécutés ces dernières années. Le phénomène était encore plus manifeste au cours des trois dernières années de la période d'évaluation, pendant lesquelles le COPS a été en état d'activation presque permanent. Aucun renseignement détaillé sur les répercussions que cette mobilisation a eues sur les participants n'était disponible, bien que les répondants aient généralement été d'avis que ces événements avaient entraîné un certain épuisement et du stress parmi les employés. Dans le cadre des entrevues, et tel que mentionné dans certains rapports d'analyse consécutive aux événements ou aux exercices, bon nombre d'intervenants internes ont affirmé qu'à l'avenir, les événements de grande envergure ou de longue durée pourraient continuer à représenter un fardeau pour la santé et le bien-être des employés de l'ASPC.

La documentation actuelle ne précise pas le nombre d'employés qui devraient être disponibles aux fins de mobilisation. Le concept des opérations de 2013 du COPS ne précise pas davantage le nombre estimé total de personnes requises, mais laisse entendre que le CMIU devrait être en mesure de doter le COPS en personnel, selon une rotation appropriée, pour un minimum de 21 jours en fonction d'une période opérationnelle qui s'étend à tous les jours de la semaine, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, de manière à pouvoir faire face aux

périodes d'activation prolongée sans contrainte excessive. Le document affirme en outre qu'une dotation adéquate en personnel devrait prévoir la désignation d'un nombre suffisant de personnes possédant les compétences nécessaires pour occuper les postes requis, compte tenu des suppléances et de la planification de la relève, afin de résoudre les problèmes de disponibilité et de roulement de personnel. Les documents de formation laissent entendre que le portefeuille de la Santé doit pouvoir compter sur un bassin de capacités de mobilisation comptant environ 600 personnes afin de soutenir la SGI. Un bassin de cette envergure permettrait d'affecter du personnel aux différents rôles de la SGI pour une période de quatre à six semaines, les quarts de travail étant d'une durée de 8 ou de 16 heures et certains rôles devant être assumés vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de la semaine. Une telle dotation serait effectuée d'une manière qui garantit une profondeur appropriée, une rotation adéquate et la possibilité de prendre des jours de congé. La documentation relative à la formation et aux exercices du LNM affirme que le COU du LNM requiert de huit à dix employés formés pour doter chacun des postes du centre des opérations de manière à s'acquitter du mandat de l'ASPC.

Tel que mentionné précédemment, la documentation disponible n'était pas suffisante pour déterminer si le CMIU intervient aux évenements de la manière la plus efficiente possible lors d'un événement. Le PIU du PS fait état d'un certain nombre d'outils de soutien qui pourraient servir à documenter simultanément les décisions et les activités et encadrer l'exécution réussie de chaque stade d'activation. Pourtant, la documentation reçue du CMIU portait à croire que ces outils de soutien n'ont pas été mis en œuvre de façon systématique. L'importance d'une telle tenue de dossiers a été mise en lumière au moment de l'examen des activités d'intervention du COPS lors d'événements qui se sont produits entre 2014-2015 et 2016-2017. Le COPS a été activé au niveau 2 lors de ces événements, ce qui suppose que les activités habituelles n'ont pas été interrompues; la surveillance et la coordination des activités se sont intensifiées dans l'ensemble de l'Agence, mais les activités normales auraient dû se poursuivre au sein du CMIU et du portefeuille de la Santé. Cependant, bon nombre de documents et d'intervenants internes clés ont indiqué que les activités habituelles ont souffert des événements survenus au cours des trois dernières années (p. ex. élaboration des Protocoles pancanadiens d'intervention tous risques en cas d'urgence sanitaire, modernisation de la Réserve nationale stratégique d'urgence et plusieurs activités de formation). Ces retards se sont produits malgré le fait que les descriptions des niveaux d'activation présentées dans le PIU du PS laissent entendre que les activités habituelles ne devraient pas être perturbées. De plus, des intervenants ont signalé que, pendant l'intervention relative à la maladie à virus Ebola, les employés ont prolongé leurs heures de travail bien au-delà de ce qui est considéré comme une journée de travail normale (p. ex. employés travaillant 16 heures par jour, sept jours par semaine). Les mesures de dotation de ce type sont généralement associées au niveau d'activation 3.

La tenure rigoureuse des données sur une mobilisation permettrait de déterminer, dans le cadre des analyses, si des gains d'efficacité étaient possibles et si les niveaux d'activation étaient appropriés par rapport aux nombres de personnes mobilisées. Cela pourrait même fournir des indications sur les lacunes relatives à la mobilisation qui pourraient être corrigées avant les événements futurs.

Par ailleurs, selon quelques répondants internes clés, les coûts liés à la mobilisation, au sein du COPS, de personnel provenant de l'extérieur du CMIU incombent à l'organisation d'origine (c.-à-d., le CMIU ne paie pas les salaires des employés qui participent à une activation). Bien que les intervenants n'aient pas évoqué de préoccupations d'ordre financier, plusieurs ont laissé entendre que le fait de libérer du personnel en vue d'une intervention exerce des pressions considérables sur l'organisation, qui doit continuer à fournir le même niveau de rendement sans toutefois disposer d'un effectif complet. De plus, bon nombre des répondants clés internes, relevant ou non du programme, étaient d'avis que les mobilisations aux fins d'activation ont affecté la capacité de l'Agence à mener ses activités habituelles. Peu de documents appuient cette conclusion, mais les constatations découlant des évaluations d'autres secteurs[24] portent à croire que l'ordre de priorité des activités est mal défini lorsque différents programmes participent aux interventions relatives à des événements de santé publique.

**Opérations sur le terrain**

Au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017, l'ASPC a été en mesure de faire appel à son personnel afin d'intervenir lors de nombreux événements de santé publique qui se sont produits au Canada et à l'étranger. L'Agence a également contribué à la prestation de soutien interprovincial grâce à son Cadre de travail opérationnel pour des demandes d'aide mutuelle (CTODAM). Des équipes spécialisées ont aussi été mises sur pied afin d'améliorer les opérations sur le terrain au Canada. L'ASPC a fait appel à des équipes d'intervention prédésignées dans le cadre de son intervention nationale relative à la maladie à virus Ebola, et l'EIUM du LNM soutient la capacité d'intervention nationale et internationale de l'Agence en cas de bioterrorisme ou de guerre biologique.

Le CMIU peut mobiliser tout un éventail de spécialistes de la santé provenant du portefeuille de la Santé, mais dans la plupart des cas, il déploie des épidémiologistes dans la région qui en fait la demande. De 2012-2013 à 2016-2017, le CMIU a été en mesure de répondre à toutes les demandes d'aide à l'échelle nationale, ayant mobilisé 62 employés à l'appui de ces demandes. Au total, 47 demandes nationales d'aide ont été présentées. Quatre demandes d'aide ont été présentées par des programmes du portefeuille de la Santé : la Division de l'intégration de l'infrastructure, le Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique (CMIOAEZ), le Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses (CIMRI) et le Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP).

Sur la scène internationale, les mobilisations de personnel à l'appui du renforcement des capacités et des interventions en cas d'événement permettent d'accroître la sécurité sanitaire aux échelles régionale et mondiale, ce qui a des répercussions positives directes sur la sécurité sanitaire nationale et l'état de santé des Canadiens. En participant à des mobilisations internationales, l'ASPC peut établir des réseaux importants qui lui permettent d'obtenir, au moment opportun, des renseignements crédibles qui éclairent ensuite les évaluations des risques nationaux et les mesures connexes. Les mobilisations

internationales contribuent également au perfectionnement du personnel de l'ASPC grâce à la formation et à l'apprentissage par l'expérience.

Au cours de la même période, l'ASPC a reçu 55 demandes d'aide de la part de partenaires étrangers, dont la plupart provenaient du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie de l'OMS. L'ASPC a répondu à 21 (38,2 %) de ces demandes, ce qui a entraîné la mobilisation de 93 employés. Les documents justifiant le rejet d'une demande d'aide n'ont pas été disponibles dans tous les cas. Dans certaines situations, des documents expliquent que certaines demandes n'ont pas été acceptées parce qu'il a été jugé plus approprié de recourir à d'autres mécanismes ou de demander à d'autres ministères de fournir du soutien. Dans d'autres cas, une réponse à la demande d'aide avait déjà été offerte par des partenaires se trouvant plus près du pays demandeur.

En guise de solution de rechange à la mobilisation des employés du portefeuille de la Santé, le CMIU a établi le CTODAM en 2013 dans le but de coordonner les demandes de ressources entre les juridictions. Le bien-fondé du CTODAM en tant qu'outil de détermination, de consolidation et de communication de l'information sur les professionnels de la santé de l'ensemble du pays a été validé dans le cadre d'une série d'ateliers, d'entraînements et d'exercices. Conçu à l'origine pour soutenir la mobilisation des médecins et du personnel infirmier, le Cadre a servi à identifier les professionnels de la santé alliés d'un bout à l'autre du pays, aux fins de déploiement. Pendant les inondations de 2013 en Alberta, le CTODAM a permis d'identifier plus de 80 professionnels de santé environnementale agréés en matière d'inspections sanitaires de partout au pays. Bien que l'Alberta ait finalement choisi de se prévaloir d'une entente bilatérale conclue avec la Colombie-Britannique, le processus du CTODAM a permis de recenser des ressources potentielles. Le CTODAM a également été appliqué en soutien à l'Alberta lors des feux de forêt à Fort McMurray en 2016, événement pour lequel des ressources du gouvernement du Canada et de la Colombie-Britannique ont été mobilisées. Les intervenants ont mentionné qu'ils étaient satisfaits du processus, ainsi que de l'aide fournie.

La documentation donne à penser que le recours au CTODAM a également permis de favoriser l'efficience en faisant appel aux ressources provinciales plutôt qu'aux employés fédéraux. Les intervenants conviennent que le CTODAM est un outil utile pour accroître les capacités de mobilisation, mais ils affirment qu'en raison de la complexité et des échéances serrées souvent associées aux demandes, les déploiements étaient plus susceptibles d'être effectués aux termes d'ententes bilatérales interprovinciales. Le processus du CTODAM fournit cependant un mécanisme d'exécution de ces ententes bilatérales.

### Équipes d'intervention rapide

Des équipes d'intervention rapide contre la fièvre causée par le virus Ebola ont été établies par l'Agence lors de l'éclosion qui est survenue en Afrique de l'Ouest en 2014-2015. Constituées d'experts techniques de six disciplines (épidémiologie, prévention et contrôle des infections, communications, mesures et interventions d'urgence, biosûreté et soutien aux laboratoires), ces équipes ont participé à des visites sur place et à des exercices dans toutes

les provinces et les territoires. En raison de ces interventions, toutes les juridictions ont envisagé l'adoption d'un modèle d'équipe d'intervention rapide comme celle de l'Agence après l'éclosion de maladie à virus Ebola, mais la création d'un tel modèle et des protocoles connexes n'a pas été poussée plus loin (et ces derniers ne se sont pas avérés nécessaires pour intervenir lors d'un événement de santé publique). Les intervenants des provinces et des territoires qui ont été interviewés dans le cadre de la présente évaluation ont manifesté le désir de poursuivre l'élaboration de tels modèles à l'avenir, considérant qu'il s'agit là d'une pratique exemplaire en ce qui a trait à la prestation de l'expertise requise au sein de chaque juridiction lors d'un événement ou d'une situation d'urgence concernant la santé publique.

**Équipe d'intervention en cas d'urgence microbiologique**

Mise sur pied en 2001 en réaction à des incidents mettant en cause des « enveloppes contaminées à la poudre blanche »[vii], l'équipe d'intervention en cas d'urgence microbiologique (EIUM) veille à ce que l'ASPC maintienne un niveau suffisant de préparation en cas d'attaque bioterroriste au Canada. Le cas échéant, une équipe d'intervention et un laboratoire mobile de niveau 3 capables d'établir des diagnostics sur le terrain sont déployés sur place en vue d'évaluer rapidement toute menace biologique potentielle. Demeurant un élément essentiel de l'équipe d'intervention CBRNE (chimique, biologique, radiologique, nucléaire et explosif) dirigée par la GRC, l'EIUM a été conçue pour être déployée lors d'événements de sécurité planifiés et pour intervenir relativement aux préoccupations potentielles en matière de sécurité, que ce soit à l'échelle nationale ou à l'étranger. Au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017, l'EIUM a été mobilisée en réaction à trois événements, deux au Canada et un à l'étranger.

**Accroître l'efficience à l'avenir : Stratégie de mobilisation**

La stratégie de mobilisation pour les interventions du portefeuille de la Santé a pour objectif d'aider la direction à prendre des décisions éclairées en proposant une définition commune du mandat de l'ASPC, en améliorant les systèmes, les politiques et les procédures qui régissent les activités de mobilisation, et en renforçant la capacité du portefeuille de la Santé à recruter, à former et à soutenir le personnel mobilisé d'une façon équilibrée et stratégique. Les produits livrables issus de cette stratégie contribueront à une approche de l'ensemble du portefeuille en matière de mobilisation du personnel aux fins d'intervention lors d'événements, et on prévoit qu'ils seront entièrement mis en œuvre d'ici 2018-2019.

On s'attend à ce que la mise en œuvre complète de la stratégie de mobilisation soit profitable pour plusieurs des activités liées aux MIU. Le fait d'accorder une importance accrue à la formation des employés et au suivi de celle-ci (tant au sein de l'ASPC qu'à Santé Canada) permettrait de constituer une capacité de mobilisation plus diversifiée sur laquelle s'appuyer

[vii] Des lettres contenant le bacille du charbon (anthrax) ont été envoyées par la poste à des organisations et à des personnes aux États-Unis. De nombreux autres canulars traitant des enveloppes contenant une poudre blanche inoffensive ont été signalés partout dans le monde.

lors d'événements, ce qui devrait réduire le fardeau actuellement imposé aux participants, ainsi que les coûts associés aux heures de travail supplémentaires.

**Systèmes de soutien**

Le CMIU, le COU du LNM et les Opérations régionales s'appuient sur différentes plateformes de gestion des urgences pour faciliter les activités de planification et d'intervention. Le CMIU s'affaire à concevoir deux nouvelles plateformes, l'application Opérations d'intervention en toutes circonstances (OITC) et le Système de gestion des urgences (SGU), qui amélioreront les systèmes actuellement utilisés. Lors des dernières activations, le CMIU s'est servi de feuilles de calcul pour préparer des listes de participants et assurer le suivi de l'information relative aux événements. Bon nombre d'intervenants se sont dits préoccupés par les échanges d'information effectués en temps réel lors d'événements auxquels participent des intervenants de plusieurs juridsictions, évoquant des problèmes liés au contrôle des versions. Le CMIU a aussi eu recours au courriel comme principal moyen de communication. Les préoccupations étaient aggravées par l'incompatibilité qui caractérisait les systèmes de courriel utilisés à l'époque, ce qui a fait que les documents joints étaient difficiles à ouvrir. Cette pratique a également limité la capacité à recevoir de l'information en l'absence de certaines personnes, ce qui ne serait pas le cas si les comptes de courriel génériques relatifs aux MIU étaient utilisés.

Le LNM utilise le Système de gestion de l'information des laboratoires (SGIL) pour gérer toutes les activités liées aux mesures et interventions d'urgence, y compris la formation et les mobilisations. Étant l'une des principales sources d'information de la présente évaluation, ce système est relié en parallèle aux autres bases de données de laboratoires nécessaires pour garantir la disponibilité des ressources humaines et matérielles (telles que l'équipement de laboratoire) aux fins d'intervention. Ce système est également lié aux opérations habituelles menées dans l'ensemble du LNM.

L'élaboration de l'application OITC est l'un des outils clés décrits dans la stratégie de mobilisation. Cette base de données contient de l'information sur les employés du portefeuille de la Santé qui pourraient être sélectionnés à participer aux interventions relatives aux événements et situations d'urgence en matière de santé publique. Le CMIU a mis l'application OITC en fonction dans l'ensemble de l'ASPC en juin 2017 afin de recueillir l'information requise pour mobiliser le personnel et assurer le suivi de la formation et des interventions relatives aux activations d'urgence. En phase de conception depuis plusieurs années, l'application OITC est utilisée depuis septembre 2015 afin d'assurer le suivi des déploiements d'épidémiologistes. Une fois sa conception entièrement réalisée, l'application devrait être mise en œuvre dans l'ensemble de l'ASPC et de Santé Canada. Étant donné le stade actuel de développement de l'application OITC, il n'existe aucun renseignement sur le rendement qui démontre dans quelle mesure la base de données a permis d'accroître l'efficience des mobilisations ou d'apporter des modifications aux interventions d'urgence. On s'attend toutefois à ce que l'application OITC, une fois qu'elle aura été complètement adoptée par le CMIU, facilite l'analyse et la production de rapports sur l'information lié aux exercices et aux événements grâce à des définitions uniformes et à une base de données

centralisée. À l'avenir, la mise en œuvre de l'application OITC facilitera le recrutement de personnes intéressées à œuvrer au sein de la SGI et capables de le faire.

La récente mise en fonction du Système de gestion des urgences (SGU) informe systématiquement le CMIU au sujet des personnes qui répondent aux exigences pour occuper un poste au sein de la SGI , mais des processus moins officiels ont été utilisés lors des dernières activations, notamment les contacts personnels et les registres des activations précédentes. Il existe des protocoles qui doivent être respectés au moment d'affecter du personnel à la SGI, et les pratiques actuelles de recrutement exigent des centres d'intervention du portefeuille de la Santé qu'ils obtiennent l'approbation du directeur général avant de se tourner vers le personnel de leur direction. Les employés ciblés doivent ensuite obtenir l'approbation de leur gestionnaire direct. Certains intervenants internes ont mentionné que ce processus avait été contourné en vue de recruter des personnes particulières. La documentation du programme donne à penser que ce processus a ralenti la dotation. Bien que les intervenants aient signalé que les processus de dotation de la SGI sollicitent les mêmes groupes de personnes à chaque occasion, un examen de l'information extraite du SGU porte à croire que ce n'est plus le cas.

Ces initiatives sont prometteuses et semblent répondre aux préoccupations soulevées dans le cadre de la présente évaluation. Comme elles en sont toutefois aux premiers stades de leur mise en œuvre complète, il n'est pas encore possible de déterminer leur efficacité. Des précisions concernant la portée et l'utilisation des systèmes de suivi de la documentation (OITC, SGU, SGIL), de même que l'identification précise d'une source fiable pour les données demandées permettraient d'accélérer la collecte et la transmission de l'information et d'assurer une image complète des activités de l'Agence dans ce domaine.

**Constitution de réserves de biens**

La constitution de réserves de biens en prévision de situations d'urgence et d'événements de santé publique est une responsabilité commune aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Fournissant des capacités de mobilisation aux provinces et aux territoires lors d'événements, l'ASPC répond également aux demandes d'aide de ceux-ci. De telles demandes d'aide peuvent également provenir d'autres pays et d'organisations internationales.

Afin de répondre à ces demandes d'aide, l'ASPC maintient la Réserve nationale stratégique d'urgence (RNSU), une réserve de fournitures d'urgence appartenant à l'État, destinée à faciliter les interventions relatives à tous les types de dangers et généralement livrables en 24 heures partout au Canada. Les contremesures médicales et biens essentiels sont stockés en fonction d'exigences déterminées, y compris les exigences récemment établies en matière d'équipement de protection individuelle, telles qu'elles ont été autorisées par le financement accordé à l'intervention relative à la maladie à virus Ebola. La distribution et la gestion de ces biens sont régies par un ensemble de procédures opérationnelles normalisées.

La RNSU regroupe un très large éventail d'équipement et de fournitures qui ont été classés en quatre catégories. La catégorie du matériel médical et des fournitures médicales comprend des articles tels que des respirateurs, de l'équipement de protection individuelle (p. ex. masques, gants) et des fournitures cliniques. La catégorie des contremesures médicales comprend des produits tels que des vaccins, des antidotes et des antibiotiques dont des stocks de réserve sont conservés à la RNSU en prévision de la dissémination intentionnelle ou accidentelle de substances CBRN. La catégorie des fournitures destinées aux services sociaux comprend des génératrices, des lits pliants, des couvertures, des lampes de poche et d'autres articles. Enfin, la catégorie des modules, unités ou « trousses » est constituée de fournitures regroupées, notamment pour former les mini-cliniques qui ont récemment été mises en œuvre.

Au cours de la période allant de 2012-2013 à 2016-2017, l'ASPC a distribué des biens dans le cadre de 75 événements au Canada et de neuf événements sur la scène internationale. Le plus souvent, les événements qui surviennent au Canada sont de nature météorologique ou hydrologique (34 %) ou d'ordre biologique (30 %). Les autres types d'événements incluent les ruptures d'approvisionnement (17 %), les conflits (9 %), les rassemblements de masse (8 %) et les incidents technologiques (2 %). En réaction à ces événements, l'ASPC a principalement distribué des fournitures de services sociaux (49 %) et des produits pharmaceutiques (39 %). Les autres biens distribués comprenaient des modules, unités ou « trousses » (8 %), ainsi que du matériel médical et des fournitures médicales (4 %). À l'étranger, tous les événements au cours desquels l'ASPC est intervenue étaient de nature biologique, et l'Agence a principalement fourni des produits pharmaceutiques (70 %), du matériel médical et des fournitures médicales (20%), ainsi que des fournitures de services sociaux (10 %).

Les exigences relatives aux contremesures médicales en matière de santé publique sont établies au moyen d'une analyse des programmes et de consultations avec des experts et des conseillers médicaux. Ces exigences se fondent aussi sur les échanges d'information avec les partenaires fédéraux, les provinces et les territoires et sur la participation à des tribunes internationales, telles que le Consortium sur les contremesures médicales. L'Agence continue de faire l'acquisition de contremesures médicales sur une base annuelle, en fonction d'un plan de gestion des réserves et des besoins du moment. Ces acquisitions contribuent à protéger la santé des Canadiens au moyen de l'immunisation ou de traitements en cas d'éclosion de maladie infectieuse ou de libération d'un agent biologique ou chimique.

Aucune information détaillée n'est disponible au sujet des stocks de contremesures médicales détenus par l'Agence, étant donné la nature des biens. Les occasions de distribution de contremesures médicales à l'étranger sont évaluées au cas par cas, ce qui nécessite d'exhaustives consultations avec les partenaires fédéraux qui assument un mandat international. Si elle reçoit une demande d'aide pour laquelle elle juge qu'un déploiement international est faisable, l'ASPC procède à une analyse visant à répondre à diverses questions d'ordre juridique, logistique, réglementaire et liées aux risques pour le pays.

## 4.5 Rendement : Élément n° 5 – démonstration d'économie et d'efficience

### Observations relatives à l'économie

En ce qui a trait aux mesures et interventions d'urgence, les dépenses internes de l'ASPC englobent les activités traitées dans le présent rapport, notamment la gouvernance de la gestion des situations d'urgence, les plans de gestion des urgences, les exercices et la formation, les centres des opérations, les mobilisations sur le terrain et la Réserve nationale stratégique d'urgence. Le tableau qui suit présente un résumé des budgets et des dépenses dans ce domaine.

La planification financière des activités de préparation et d'intervention d'urgence est difficile en raison du caractère variable et de la nature imprévisible des situations d'urgence. Tel qu'indiqué au tableau 7, les fluctuations par exercice financier allaient d'une sous-utilisation des fonds de 16 % à des dépassements de 62 %. Tel que mentionné dans la documentation publique, les dépassements se sont produits au cours des années 2013 à 2016, en raison des fonds étant consacrés au soutien du projet de ligne de remplissage des vaccins[viii], à l'achat d'antiviraux et de contremesures médicales pour la Réserve nationale d'antiviraux et la RNSU, ainsi qu'à l'intervention relative à l'éclosion de maladie à virus Ebola en 2014-2015. Il faut noter que même si les dépenses relatives à ces initiatives n'avaient pas été incluses dans le cycle de planification, l'Agence a demandé et obtenu des fonds supplémentaires par l'entremise de présentations au Conseil du Trésor et de mémoires au Cabinet. La sous-utilisation des fonds constatée en 2016-2017 était principalement attribuable au report des fonds consacrés aux mesures et interventions d'urgence relatives à la maladie à virus Ebola, qui n'étaient désormais plus nécessaires, contrairement à ce qui était prévu à l'origine.

[viii] Ligne de remplissage des vaccins : Projet visant à accroître la capacité de remplissage des installations nationales de fabrication de vaccins antigrippaux du Canada de manière à garantir, à protéger et à améliorer la capacité nationale de production continue de vaccins au Canada, tant pour la grippe saisonnière que pour l'influenza pandémique.

**Tableau 7 : Écarts entre les dépenses prévues et les dépenses réelles pour la période de 2012-2013 à 2016-2017 (en millions de dollars)**

| Année | Dépenses prévues ($) | | | | | | Dépenses réelles ($) | | | | | | Écart ($) | % des dépenses prévues |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | S et C | F et E | Salaires | Imm. | Législ. | TOTAL | S et C | F et E | Salaires | Imm. | Législ. | TOTAL | | |
| 2012-2013 | 1,7 | 36,1 | 12,2 | 0,5 | 0,0 | 50,5 | 0,0 | 31,9 | 14,8 | 0,1 | 1,7 | 48,6 | 2,0 | 96 % |
| 2013-2014 | 0,0 | 24,0 | 11,2 | 0,5 | 0,0 | 35,7 | 0,0 | 41,5 | 14,2 | 0,0 | 1,9 | 57,6 | -22,0 | 162 % |
| 2014-2015 | 0,0 | 22,6 | 13,7 | 0,5 | 2,2 | 38,9 | 0,0 | 27,1 | 15,1 | 0,2 | 1,9 | 44,4 | -5,4 | 114 % |
| 2015-2016 | 0,0 | 26,6 | 16,9 | 0,5 | 0,0 | 43,9 | 0,0 | 32,7 | 15,2 | 0,4 | 2,3 | 50,6 | -6,8 | 115 % |
| 2016-2017 | 0,0 | 42,7 | 17,2 | 0,5 | 0,0 | 60,4 | 0,0 | 31,7 | 16,4 | 0,7 | 1,8 | 50,5 | 9,9 | 84 % |

[a] Les données sur les dépenses prévues sont tirées du Plan ministériel de l'Agence de la santé publique du Canada (anciennement connu sous le titre de *Rapport sur les plans et les priorités*).

[b] Les données sur les dépenses réelles sont tirées des rapports ministériels sur le rendement.

[c] Les dépenses salariales incluent le programme d'avantages sociaux des employés.

Il est difficile de déterminer si les ressources consacrées aux activités liées aux MIU ont été utilisées de façon optimale, car les données sur les dépenses ne sont pas divisées en fonction des activités de préparation, de détection et d'intervention. De plus, certaines portions des coûts liés à une intervention (p. ex. déplacements, salaires) sont intégrées au sein d'autres directions générales, en raison du processus qui permet d'autoriser un employé à participer à une activation. Tel que mentionné précédemment, le personnel de l'ensemble de l'ASPC et de Santé Canada est mobilisé à l'appui des interventions visant des événements de santé publique lorsque les centres des opérations sont activés. À l'heure actuelle, c'est à la direction d'origine qu'il incombe d'assumer les coûts des salaires et des heures supplémentaires, ainsi que les autres coûts liés à la mobilisation (p. ex. déplacements). Or, ceci a pour effet de créer de l'incertitude financière pour la direction d'origine, comme il est indiqué à la section sur la stratégie de mobilisation.

Dans le passé, l'affectation du personnel était clairement délimitée en fonction du niveau d'activation (p. ex. intervention de 2009 visant la grippe H1N1), ce qui permettait d'évaluer les ressources considérables découlant au COPS. Les dossiers des récents événements n'ont pas été tenus de manière aussi détaillée.

Les intervenants ont néanmoins relevé plusieurs situations où l'ASPC a tenté de réaliser des gains d'efficacité. La modernisation de la RNSU a ainsi entraîné la fermeture d'entrepôts fédéraux excédentaires et l'élimination de biens périmés dans des installations prépositionnées. Une fois la modernisation de la RNSU terminée, on s'attend à ce que trois entrepôts fédéraux et 17 installations prépositionnées louées par l'État ferment leurs portes,

ce qui se traduira par une économie de coûts de 600 000 $, sans compromettre la capacité à atteindre les cibles de prestation de service en 24 heures. Des efforts en matière d'échange d'information à travers les juridictions se font de manière continue afin de garantir la suffisance des stocks de fournitures, d'éviter les dédoublements et de coordonner les achats de nouveaux stocks ou de biens de remplacement.

Le LNM et le CMIU ont tous deux mentionné que les exercices sont planifiés conjointement avec d'autres secteurs de programmes, d'autres ministères, des organisations non gouvernementales et d'autres pays afin de minimiser la nécessité de créer de nouveaux exercices à l'interne.

L'ASPC s'efforce de réduire le fardeau associé à l'achat ou à la mise au point de contremesures médicales en participant au Consortium sur les contremesures médicales et en tentant de conclure avec d'autres ministères (p. ex. ministère de la Défense nationale) des partenariats qui permettraient de faciliter les achats et de réduire les prix en commandant de grandes quantités.

**Autres observations sur l'efficience**

Les situations d'urgence et événements liés à la santé peuvent avoir une incidence économique considérable. La Banque mondiale a estimé à plus de 80 milliards de dollars américains[25] les pertes économiques générées à l'échelle mondiale par six importantes éclosions de zoonoses survenues entre 1997 et 2009. Le Groupe de travail international de la Banque mondiale estime aussi que le Canada pourrait s'attendre à des pertes économiques annuelles s'élevant à 6,9 milliards de dollars dans l'éventualité d'une grande pandémie de grippe. Il est difficile d'évaluer directement l'incidence économique des travaux de l'ASPC qui ont trait à la préparation à de tels événements et aux interventions connexes. De même, il est tout aussi difficile d'évaluer directement l'incidence économique des changements apportés aux programmes à la suite d'interventions. Quoi qu'il en soit, il ressort clairement des entrevues avec les intervenants que les activités que l'ASPC mène en vue de détecter les événements liés à la santé, de s'y préparer et d'intervenir limitent grandement les répercussions de ces événements, contribuant ainsi à protéger les Canadiens contre les menaces à la santé publique.

**Gouvernance et clarté des rôles**

D'après les documents examinés et les entrevues réalisées avec des intervenants externes, les rôles et les responsabilités de l'ASPC et des autres ministères (p. ex. Sécurité publique Canada, GRC, ASFC) sont clairement définis en ce qui a trait à la plupart des activités liées aux MIU, et aucun chevauchement des efforts n'a été constaté. Toutefois, comme il n'existe aucun mécanisme officiel concernant la distribution de biens à d'autres pays, on se fie, depuis les cinq dernières années, au soutien d'Affaires mondiales Canada, dont le mandat permet la distribution de biens du Canada à des pays étrangers. Il convient de noter que les intervenants des organisations non gouvernementales (p. ex. Croix-Rouge canadienne, Médecins sans frontières Canada) n'ont pas été consultés dans le cadre de la présente

évaluation, les intervenants internes n'ont pas signalé de chevauchement d'efforts avec ces groupes.

Au sein du portefeuille de la Santé, les directions générales de Santé Canada et de l'ASPC qui collaborent avec le CMIU ont affirmé qu'elles ont été satisfaites du travail effectué et la précision des rôles après la mise en œuvre d'une entente de services partagés conclue par les deux organisations en vue de l'exécution d'activités liées aux mesures et interventions d'urgence, ainsi que d'autres services partagés, tel que la gestion des ressources humaines et de l'information. Une structure de gouvernance a été établie entre les deux organisations afin d'assurer la gestion des mesures et interventions d'urgence, mais certains intervenants internes s'interrogeaient sur le bien-fondé de cette structure aux fins de prise de décisions à Santé Canada, étant donné la représentation limitée du ministère. Toutefois, dans les situations qui nécessitaient des discussions approfondies à l'échelon des cadres ou à un niveau général, le CMIU tenait des dialogues bilatéraux dans le but de faire progresser les enjeux.

On ignore si les processus internes sont suivis en vue d'établir la gouvernance lors des activations. Les plans et les protocoles d'intervention d'urgence décrivent des processus clairs d'activation et de désactivation lors d'événements liés à la santé publique, mais bien peu de documents sont disponibles qui décrivent le processus de prise de décisions suivi lorsqu'un centre des opérations est activé. Les documents auraient pu décrire les raisons pour lesquelles certains processus n'ont pas été respectés. Par exemple, lors de la récente activation du COPS en réaction à la crise des opioïdes, c'est Santé Canada qui dirigeait les opérations, mais aucun groupe exécutif du portefeuille de la Santé n'a été établi tel que prévu. Les plans d'intervention d'urgence stipulent pourtant que ce comité doit être établi chaque fois que le COPS est activé au niveau 3 ou 4 dans le cadre d'une intervention dirigée par l'ASPC ou qu'il est activé au niveau 2, 3 ou 4 et coprésidé par des représentants de l'ASPC (administrateur en chef de la santé publique ou président) et de Santé Canada (sous-ministre). Enfin, certains répondants clés ont évoqué la lenteur du processus de mobilisation des collègues de Santé Canada (en particulier dans les régions) lors d'un événement de santé publique, bien que celle-ci puisse être atténuée en partie par la stratégie de mobilisation.

**Observations sur la pertinence et l'utilisation des données sur la mesure du rendement**

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) a récemment élaboré un profil d'information sur le rendement (et avait déjà établi une stratégie de mesure du rendement) qui décrit en détail les activités du programme et les changements qui devraient être observés à l'issue de ces activités. Bien que des sources de données ont été cernées, la plupart d'entre elles ne se prêtaient pas à une utilisation immédiate ou comportaient des données qui n'avaient pas été recueillies de manière à en faciliter l'utilisation aux fins d'orientation des activités du programme. L'équipe d'évaluation a donc dû déployer d'importants efforts pour regrouper ces indicateurs et évaluer le rendement en fonction de ceux-ci.

Le CMIU participe cependant à un processus d'amélioration continue qui prévoit un examen des leçons retenues à la suite des événements et des exercices. Bien que ce processus ne permette pas de mesurer le rendement prévu du programme, il peut tenir lieu de solution de rechange dans bien des cas. Par exemple, bien que peu d'information soit disponible pour déterminer le « pourcentage de renseignements essentiels ou clés fournis aux programmes et aux cadres dans les délais définis », le processus des leçons retenues a permis d'établir plusieurs recommandations visant à améliorer la gestion de l'information et sa communication à la haute direction.

Le niveau de conformité du Canada au *Règlement sanitaire international* (RSI) est évalué àchaque année et cette mesure sert d'indicateur de la contribution du CMIU à la protection des Canadiens contre les menaces à la santé publique. Le CMIU planifie ses activités de façon à garantir le respect, au plus haut niveau possible, des exigences relatives aux capacités en matière de santé établies dans le RSI. À compter de 2017-2018, la mise en œuvre du RSI au Canada s'appuiera sur une évaluation multisectorielle systématique des secteurs techniques réalisée au moyen d'un processus conjoint d'évaluation externe, qui aura lieu sur un cycle de cinq ans. Étroitement aligné sur le RSI, ce processus prévoit une auto-évaluation, de même qu'un examen effectué par une équipe d'évaluation externe formée de spécialistes des disciplines pertinentes. L'information ainsi obtenue à la source servira de mesure utile du rendement et tiendra lieu de renseignements d'évaluation pour l'avenir.

# 5.0 Conclusions

## Pertinence

Il est nécessaire de maintenir et améliorer les activités liées aux mesures et interventions d'urgence au sein du portefeuille de la Santé, selon un paysage de risque de menaces à la santé des Canadiens qui évolue continuellement, ainsi que des facteurs commela mondialisation et les changements climatiques. Des incidents de santé publique se produisent plus souvent et leurs répercussions s'intensifient en raison de l'urbanisationc accru, des dépendances vis-à-vis de l'infrastructure et du déplacement des biens et des personnes.

Les activités liées de préparation et d'intervention en cas d'urgence sont une responsabilité fondamentale du gouvernement du Canada qui est clairement formulée dans plusieurs documents clés, comme la *Loi sur la gestion des urgences* et la Politique fédérale en matière de gestion des urgences. Ces activités cadrent aussi avec les priorités gouvernementales clés. Au sein du portefeuille de la Santé, c'est l'ASPC qui est chargée de fournir la majeure partie des services correspondant au rôle gouvernemental en matière de mesures et d'interventions d'urgence.

Les répondants clés ont signalé que les rôles et les responsabilités sont définis plus clairement maintenant que l'ASPC assume la responsabilité de la fonction partagée de

mesures et interventions d'urgence (MIU) pour l'Agence et Santé Canada. L'examen des documents relatifs aux leçons retenues et des propos recueillis lors des entrevues avec les intervenants internes ont cependant révélé qu'il règne une certaine confusion quant à l'identité des personnes de l'organisation qui doivent s'acquitter de tâches particulières.

Par ailleurs, des questions de longue date demeurent sans réponse quant au rôle continu du portefeuille de la Santé dans le cadre des interventions relatives à des événements nécessitant la prestation de services sociaux d'urgence (comme fournir de l'aide lors des interventions visant des feux de forêt), ainsi qu'à des événements se produisant sur la scène internationale (événements se produisant ailleurs qu'au Canada et ayant des répercussions immédiates limitées au pays). L'ASPC continue de jouer un rôle, sous une forme ou une autre, dans ces domaines, malgré l'apport considérable des organisations non gouvernementales (p. ex. Croix-Rouge canadienne, Médecins sans frontières Canada) et des responsabilités mal définies du programme à l'échelle internationale.

## Rendement

Au cours de la période d'évaluation, les centres des opérations d'urgence de l'ASPC ont été activés en permanence, répondant à 24 incidents différents. Le centre des opérations du portefeuille de la Santé (COPS) a été activé dans le cadre de dix événements, ce qui totalisait 1 067 jours d'intervention d'urgence qui ont varié tant au niveau de la durée et que de l'intensité des efforts requis. Les centres des opérations du LNM et des régions ont souvent été activités pour les mêmes événements que le COPS, mais ils ont également été activés pour des événements de santé publique locaux ou exigeant des services de laboratoire particuliers. Les partenaires (provinces et territoires, autres ministères) ont exprimé leur satisfaction quant au niveau d'effort et de soutien de l'Agence lors de la préparation aux incidents et urgences en santé publique et des interventions. Ils sont aussi montrés généralement satisfaits du rendement de l'ASPC à cet égard.

Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMIU) est conscient, à titre de centre de coordination des activités de gestion des urgences, que l'accent nécessaire mis sur les interventions a retardé l'évolution des mesures de préparation. La capacité de mobilisation nécessaire pour intervenir lors d'événements prolongés ou multiples continue d'être la source de grandes préoccupations pour les répondants clés internes et externes, y compris l'intensification des efforts au début d'un incident, ainsi que les inquiétudes de certains secteurs de la santé publique qui peuvent se manifester après l'incident initial. Les déficiences sur le plan de la circulation de l'information (p. ex. plates-formes courriel disparates, systèmes papier, suivi des activités au moyen de feuilles de calcul) ont diminué la capacité de réaction du personnel, en particulier dans les régions, avant et pendant une intervention. La documentation limitée sur les incidents a été rassemblée et mise à jour en vue de mesurer le rendement et de cerner les leçons à retenir. Enfin, l'examen des incidents n'a pas été effectué en temps opportun ce qui a limité les répercussions des leçons retenues par les programmes pertinents en vue d'améliorer les activités de préparation et d'intervention.

Conscient des défis à relever, le CMIU a établi des plans visant à améliorer la préparation et l'intervention en cas d'urgence. La mise en œuvre de ces plans devrait assurer une réaction plus efficace face aux futurs incidents liés à la santé publique.

## Recommandations

**Recommandation 1 : Promouvoir une approche de mobilisation qui s'applique à l'ensemble du portefeuille[ix] à l'appui de la préparation et de l'intervention en cas d'urgence.**

Les crises prolongées ou d'envergure nécessitent la mobilisation de nombreux employés au sein d'une structure de gestion des incidents, et parfois sur le terrain. L'évaluation a noté qu'aucun doute n'a été émis quant à la capacité de l'Agence à mobiliser un nombre suffisant d'employés pour soutenir des interventions prolongées et fréquentes; on s'est toutefois préoccupé du fait que les employés mobilisés pourraient s'épuiser et que les interventions pourraient en souffrir si ce type de situation se poursuivait. Il s'agit là de l'un des principaux risques cernés dans le Profil de risque ministériel de l'ASPC.

Les mesures d'urgence font partie du mandat fondamental de l'Agence. Élaborer et renforcer cette vision parmi le personnel et la direction faciliteront les mobilisations en élargissant le bassin d'employés prêts à réagir. Les obstacles sur le plan de la gestion peuvent être surmontés en soutenant les directions qui fonctionnent avec des effectifs réduits suite à une mobilisation, ou en examinant les priorités organisationnelles par le biais d'un processus coordonné mis en œuvre lors d'activations intenses.

**Recommandation 2 : Mettre en œuvre une stratégie de mobilisation.**

L'ASPC a reconnu la nécessité d'élargir le bassin d'employés qualifiés pour les interventions, compte tenu du potentiel d'événements et urgences multiples et prolongées, et a déployé des efforts considérables pour élaborer une stratégie pour régler cette question.

La mise en œuvre d'une stratégie de mobilisation en est à ses débuts; on prévoit toutefois qu'une stratégie entièrement déployée contribuera à disposer d'effectifs plus diversifiés au sein d'une structure de gestion des incidents et en vue de mobilisations sur le terrain. Cela permettra également de repérer les intervenants qui possèdent les compétences, les formations et les certifications requis pour assurer des fonctions spécifiques (p. ex. laboratoire, approvisionnement, politique, gestion des urgences, santé publique, santé à la frontière, épidémiologistes) et de miser sur ces groupes. En outre, le personnel qui souhaite être mobilisé pourra ainsi être adéquatement formé avant le déploiement, dans l'éventualité d'un incident ou d'une urgence.

[ix] Aux fins de la présente évaluation, le portefeuille de la Santé se limite à l'ASPC et à Santé Canada.

**Recommandation 3 : Étudier les plans, protocoles et documents de gouvernance pertinents, afin de veiller à ce que les rôles soient bien définis et à ce que les responsabilités soient faisables pour les fonctions de préparation aux urgences.**

Les activités de préparation aux urgences sont appuyées par plusieurs documents de gouvernance et de planification (Plan stratégique de gestion des urgences du portefeuille de la Santé, Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé, Concept des opérations du portefeuille de la Santé, Plan des enseignements tirés et Plan de formation). Les décisions concernant la planification des activités de préparation et les interventions en cas d'incident sont prises en respectant les protocoles établis; toutefois, l'évaluation a noté que la documentation relative à ces décisions n'est pas facilement accessible

À titre de responsable de la coordination de la preparation et de l'intervention en cas d'urgence au sein du portefeuille de la Santé, le Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait envisager d'examiner ces documents pour s'assurer que les exigences en matière de collecte de données peuvent être respectées et qu'elles définissent clairement les responsabilités relatives au recueil et la mise à jour de l'information, y compris l'activation, la désactivation et d'autres points de décision, et à qui et par quelle forum cette information devrait être transmise.

**Recommandation 4 : Mettre en œuvre et tenir à jour un plan de gestion tous risques du portefeuille de la Santé et d'évaluation des capacités.**

Il est essentiel de disposer de données probantes fondées sur les risques pour prendre des décisions efficaces au moment opportun et répartir les ressources de façon appropriée. À l'heure actuelle, les activités de planification des mesures d'urgence de l'Agence reflètent un modèle d'évaluation des risques désuet qui ne tient pas compte de ses capacités ou des autres organismes qui interviennent en cas d'incidents ou urgences de santé (p. ex. gouvernements provinciaux et territoriaux, autres ministères, organisations non gouvernementales).

Un plan de gestion tous risques du portefeuille de la Santé et d'évaluation des capacitésà jour complète appuierait plusieurs activités cruciales de préparation et d'intervention (p. ex. modernisation continue de la Réserve nationale stratégique d'urgence, acquisition en temps opportun de contremesures médicales spécialisées, élaboration de programmes de formation technique juste à temps, amélioration des relations provinciales). Même s'il y a eu des progrès au niveau du un plan de gestion tous risques du portefeuille de la Santé et d'évaluation des capacités, on note un certain retard. Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence devrait s'assurer que le processus d'établissement du plan de gestion tous risques du portefeuille de la Santé et d'évaluation des capacités est faisable et que les évaluations à la fois des risques et des capacités sont menées en temps opportun et mises à jour de manière adéquate.

**Recommandation 5 : S'assurer que les examens des enseignements tirés leçons retenues des incidents et des exercices sont effectués dans le respect des délais en temps opportun et tiennent compte de la complexité de ces incidents et interventions de santé publique.**

L'amélioration continue est un principe fondamental et un élément clé d'une gestion efficiente et efficace des urgences. L'approche des leçons retenues est normalisée pour toutes les mesures et interventions d'urgence; toutefois, l'évaluation a décelé des incohérences sur le plan de leur collecte, de leur analyse et de leur transmission après un exercice ou un incident, ce qui mène à des lacunes semblables ayant été éprouvées lors de plusieurs activations. En outre, lorsqu'elles ont été formulées, les constatations et les recommandations non pas été communiquées à grande échelle ni approuvées au niveau convenable aux fins d'examen stratégique

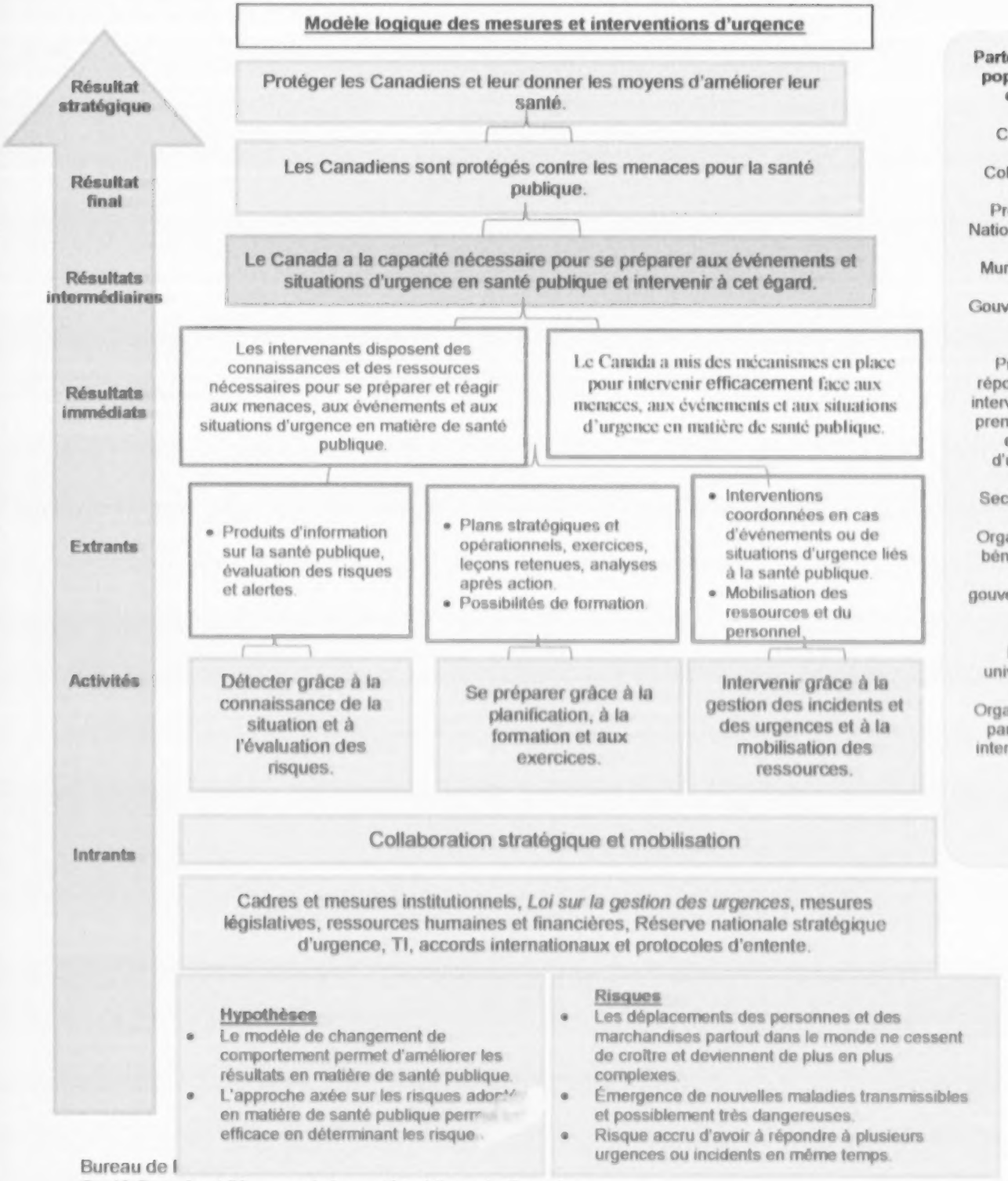
Le Centre de mesures et d'interventions d'urgence a récemment élaboré un processus global révisé qui devrait orienter les futures activités relatives aux leçons retenues. Ce processus devrait être analysé de manière à s'assurer qu'il peut être appliqué comme prévu et qu'il peut prendre en considération, au moment voulu, les leçons retenues par le centre des opérations d'urgence du Laboratoire national de microbiologie et les centres régionaux de coordination en cas d'urgence, et que les résultats sont communiqués à grande échelle.

**Recommandation 6 : S'assurer que l'objectif des plateformes GI et TI est bien défini et satisfait les besoins actuels et prévus.**

Il existe actuellement trois plateformes de gestion de l'information (l'application Opérations d'intervention en toutes circonstances, le Système de gestion de l'information des laboratoires et le Système de gestion des urgences) utilisées au sein de l'ASPC à l'appui de la fonction de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Chaque plateforme est indépendante, mais les trois systèmes recueillent des renseignements semblables. Ce chevauchement est problématique lorsqu'il s'agit d'établir une source de données faisant autorité pour la planification et la présentation des rapports. Malgré ce problème de chevauchement, les répondants clés ont indiqué que ces plateformes ont la capacité d'exécuter des fonctions uniques.

L'ASPC devrait examiner les besoins relatifs aux plateformes, à la fois actuels et prévus, et les mettre en place en ayant une vision claire de leurs buts, de la façon dont elles seront synchronisées et du système qui sera choisi comme source officielle de données aux fins de présentation de rapports pour chaque besoin établi.

# Appendice 1 – Modèle logique



# Appendice 2 – Description de l'évaluation

### Portée de l'évaluation

Couvrant la période du 1er avril 2012 au 31 mars 2017, la portée de l'évaluation incluait la plupart des activités de gestion des urgences de l'Agence de la santé publique du Canada. L'expertise technique nécessaire pour intervenir lors d'événements était exclue de la portée de la présente évaluation.

Les éléments de l'évaluation s'alignaient sur la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada et tenaient compte des cinq éléments fondamentaux sous les thèmes de la pertinence et du rendement, comme l'indique le tableau 1. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du programme, et c'est ce qui a guidé le processus d'évaluation.

**Tableau 1 : Éléments fondamentaux et questions de l'évaluation**

| Élément fondamental | Questions d'évaluation |
|---|---|
| **Pertinence** | |
| Élément 1 : Nécessité de maintenir le programme | • Les activités du programme répondent-elles aux besoins et aux nouvelles réalités dans le domaine des mesures et interventions d'urgence? |
| Élément 2 : Harmonisation avec les priorités gouvernementales | • Dans quelle mesure le programme cadre-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement du Canada et de l'ASPC? |
| Élément 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral | • Dans quelle mesure les objectifs du programme cadrent-ils avec les priorités fédérales?<br>• Dans quelle mesure les objectifs du programme cadrent-ils avec les résultats stratégiques de l'ASPC et contribuent-ils à l'atteinte de ces derniers?<br>• Le rôle et les activités actuels du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé publique sont-ils les mêmes que ceux des intervenants? Y a-t-il des lacunes ou des chevauchements?<br>• Dans quelle mesure le programme met-il l'accent sur les rôles et fonctions essentiels liés aux mesures et interventions d'urgence? Ont-ils changé au fil du temps? Y |

**Tableau 1 : Éléments fondamentaux et questions de l'évaluation**

| Élément fondamental | Questions d'évaluation |
|---|---|
| | a-t-il des activités actuelles qui ne sont plus nécessaires?<br>• A-t-on acquis une compréhension commune du rôle de prestation de services partagés que l'ASPC joue dans ce domaine? |
| **Rendement (efficacité, économie et efficience)** | |
| Élément 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité) | • Dans quelle mesure les intervenants disposent-ils des connaissances et des ressources nécessaires pour se préparer et réagir aux menaces, événements et situations d'urgence en matière de santé publique?<br>• Dans quelle mesure le Canada a-t-il mis en place des mécanismes lui permettant d'intervenir efficacement en ce qui a trait aux menaces, événements et situations d'urgence en matière de santé publique?<br>• Dans quelle mesure le Canada dispose-t-il des capacités nécessaires pour se préparer et réagir aux menaces, événements et situations d'urgence en matière de santé publique?<br>• Dans quelle mesure les Canadiens sont-ils protégés contre les menaces à la santé publique? |
| Élément 5 : Démonstration d'économie et d'efficience | • Les activités du programme (RNSU, COPS, mobilisation sur le terrain, exercices et gouvernance) ont-elles été réalisées de la manière la plus efficace possible? Y a-t-il des solutions de rechange viables à ces activités?<br>• L'ASPC a-t-elle atteint ses résultats de la manière la plus rentable possible?<br>• Des mécanismes de mesure du rendement appropriés sont-ils en place? Dans l'affirmative, l'information qui en découle sert-elle à informer les décideurs de la haute direction? |

Dans le cadre de la présente évaluation, une approche fondée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès réalisés à l'égard de l'atteinte des résultats escomptés, cerner les conséquences fortuites, le cas échéant, et déterminer les leçons retenues.

## Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de multiples sources. La collecte des données a commencé en janvier 2017 et s'est terminée en juin 2017. Les données nécessaires à l'évaluation ont été recueillies en suivant les méthodes ci-dessous.

- Examen de documents – environ 35 documents portant sur les mesures et interventions d'urgence ont fait l'objet d'un examen en vue de recueillir des renseignements au sujet de la pertinence (priorités, rôles et responsabilités) des activités.
- Examen des dossiers/données sur le rendement – environ 150 documents, tenus par les divisions responsables des activités et liées aux mesures et interventions d'urgence, ont fait l'objet d'un examen en vue de recueillir des renseignements au sujet de tous les aspects de ces activités, plus particulièrement leur rendement (atteinte des résultats, économie, efficience).
- Examen des données financières – les données des exercices financiers 2012-2013 à 2016-2017 ont été examinées, y compris les dépenses prévues et réelles.
- Entrevues auprès d'informateurs clés – des entrevues ont été menées auprès de 55 intervenants : des membres du personnel et de la direction du CMIU (n = 8); des intervenants de l'extérieur du CMIU, mais relevant tout de même du portefeuille de la Santé (n = 22); ainsi que des intervenants de l'extérieur du portefeuille de la Santé (n = 25), y compris les autres ministères fédéraux et les représentants des provinces et des territoires. Ces informateurs clés ont été sélectionnés en fonction de leur connaissance et de leur expérience des mesures et interventions d'urgence de l'ASPC ou des enjeux connexes.

Les données ont été analysées par triangulation de l'information recueillie selon les diverses méthodes énumérées ci-dessus. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

# Annexe 1 – Exercices menés par les centres activés

| Exercices | Centre activé | | |
|---|---|---|---|
| | CO | CRC | COU du |
| **2012-2013** | | | |
| Exercice *Frontier Sentinel* | | X | |
| Exercice Ménage printanier | | | X |
| Exercice *Triple Bypass* | | | X |
| Exercice *Huron Challenge* | X | X | |
| Exercice de capacité (CAPEX) | | | X |
| **2013-2014** | | | |
| Exercice régional | | | X |
| Exercice Ménage printanier | | | X |
| Exercice *Firedrake* | | | X |
| Exercice *Cool Breeze* | | X | |
| Exercice de poste de commandement (XPC) | X | | |
| Exercice *Youthful Spirit* | | X | |
| **2014-2015** | | | |
| Exercice *Triple Bypass* | | | X |
| Intervention unifiée | X | X | |
| Exercice *Firedrake* | | | X |
| **2015-2016** | | | |
| CAPEX 2015 | | | X |
| Exercice régional | | | X |
| Exercice Ménage printanier | | | X |
| Exercice *Celebratory Spirit* | | X | |
| Exercice *Sat Telcom* | | X | |
| Exercice interne (Man./Sask.) | | X | |
| Exercice Retour au bercail | | X | |
| Exercice Vigilance | | X | |
| Exercice *Intrepid* | | X | |
| Exercice Validex | | X | |
| Exercice *Quadruple Bypass* | | | X |
| Exercice nucléaire C.-B. | | X | |
| **2016-2017** | | | |
| Exercice Ménage printanier | | | X |
| Exercice *SuperEx* | | | X |
| Exercice *Pacific Quake* | | X | |
| Exercice *Huron Resolve* | | X | |
| Prestation concertée de soins | | | X |
| Microbiologie médicolégale | | | X |
| Total | 3 | 15 | 16 |

# Annexe 2 – Description des exercises

| Année | Exercices | Description |
|---|---|---|
| **Annuellement 2012 - 2016** | Opération Nanook | Exercices fédéraux-territoriaux annuels dirigés par les Forces canadiennes à l'appui de la politique sur l'Arctique et de la stratégie pour le Nord du gouvernement du Canada. |
| **2012** | Novellus | Exercice sur table du portefeuille de la Santé ayant trait au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient et visant à recenser les plans, protocoles et accords spéciaux existants, ainsi que les lacunes qui y sont associées. |
| **2012** | Plan nord-américain de lutte contre l'influenza animale et la pandémie d'influenza (PNAIAPI) | Exercice sur table de niveau fédéral/international mettant l'accent sur la mobilisation de l'organisme supérieur de coordination lors d'une pandémie de grippe humaine ou animale touchant l'Amérique du Nord. |
| **2012** | Atelier des MHC et des MVC | Exercice fédéral-provincial-territorial conçu pour mobiliser les médecins hygiénistes en chef (MHC) et les médecins vétérinaires en chef (MVC) en vue d'un dialogue ouvert visant à trouver une solution à une éclosion de maladie. |
| **2013 - 2014** | Série d'exercices Validex | Programme d'exercices multilatéraux auxquels participent les gouvernements fédéral et provinciaux, les administrations municipales et les partenaires locaux du secteur des interventions d'urgence en vue d'améliorer les mesures et interventions d'urgence en cas d'incident nucléaire. |
| **2013** | Exercice autonome visant à améliorer l'état de préparation des Premières Nations à une pandémie | Exercice sur table destiné aux gestionnaires des urgences et visant à préparer les collectivités à une situation d'urgence potentielle liée à une maladie infectieuse. |

| | | |
|---|---|---|
| **2014** | Simulation d'une apparition soudaine du virus Ebola | Discussions ciblées auxquelles participent les partenaires FPT dans le but de recenser les plans, protocoles, procédures et accords spéciaux existants dans l'éventualité de la découverte d'un cas de maladie à virus Ebola au Canada. |
| **2014 - 2015** | Exercices *Youthful Spirit* et *Celebratory Spirit* | Exercices auxquels participent les gouvernements fédéral et provinciaux et les administrations municipales afin de valider les activités, outils, procédures et interventions relevant de niveaux opérationnels précis et ciblant des incidents qui pourraient se répercuter sur le portefeuille de la Santé pendant les Jeux panaméricains et parapanaméricains de 2015. |
| **2015** | Aide mutuelle transfrontalière Par-delà la frontière | Séminaire et atelier conçus à l'intention de l'ASPC, de Santé Canada, de Sécurité publique Canada, du MDN, ainsi que des départements de la Sécurité intérieure, de la Santé et des Services sociaux et de la Défense des États-Unis et visant à examiner les actuels mécanismes d'échange d'information, leurs lacunes et les possibilités d'amélioration. |
| **2015** | Exercice *Intrepid* | Exercice fédéral-provincial auquel participent également les régies régionales de la santé, les municipalités, l'industrie et des experts techniques et qui se fonde sur une simulation d'« urgence radiologique » à la centrale nucléaire de Point Lepreau, au Nouveau-Brunswick. |
| **2016** | Exercice *Pacific Quake* 2016 | Exercice fonctionnel fédéral-provincial auquel participent également les régies régionales de la santé et les municipalités, dans le but de mettre à l'épreuve la capacité institutionnelle du gouvernement du Canada à intervenir de façon concertée dans l'éventualité d'un séisme le long de la faille de Cascadia. |
| **2016** | Exercice *Huron Resolve* | Exercice canadien d'incident nucléaire avec les partenaires de la province, le portefeuille de la Santé, la CCSN, le Groupe de travail fédéral sur les exercices et le CCGUR. |

## Notes de fin de document

[1] Naylor, D. (2003). *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada* (nº H21-220/2003F au catalogue). Consulté à https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/lecons-crise-sras-renouvellement-sante-publique-canada.html.

[2] Berrang-Ford, L. (2009). Climate change and health in Canada. *McGill Journal of Medicine*, 12 (1), p. 78-84.

[3] Keim, M. E. (2008). Building Human Resilience: The role of public health preparedness and response as an adaptation to climate change. *American Journal of Preventive Medicine*, 35, p. 508-516.

[4] Canada. (2010). *Discours du Trône – Un Canada plus fort. Une économie plus forte. Maintenant et pour l'avenir.* Tiré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/bcp-pco/SO1-1-2010-fra.pdf.

[5] Canada. (2011). *Discours du Trône – Ici pour tous les Canadiens et Canadiennes. Stabilité Prospérité. Sécurité.* Tiré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/gg/SO1-1-2011-fra.pdf.

[6] Canada. (2013). *Discours du Trône – Saisir le moment pour le Canada : prospérité et opportunité dans un monde incertain.* Tiré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/gg/SO1-1-2013-fra.pdf.

[7] Canada. (2015). *Discours du Trône – Réaliser le vrai changement.* Tiré de http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/gg/SO1-1-2015-fra.pdf.

[8] Canada, ministère des Finances. (2014). *Sur la voie d'équilibre : créer des emplois et des opportunités.* Tiré de https://budget.gc.ca/2014/docs/plan/pdf/budget2014-fra.pdf.

[9] Canada, ministère des Finances. (2015). *Un leadership fort : un budget équilibré et un plan axé sur des impôts bas pour favoriser l'emploi, la croissance et la sécurité.* Tiré de https://www.budget.gc.ca/2015/docs/plan/budget2015-fra.pdf.

[10] Canada, ministère des Finances. (2016). *Assurer la croissance de la classe moyenne.* Tiré de https://www.budget.gc.ca/2016/docs/plan/budget2016-fr.pdf.

[11] Cabinet du premier ministre (2015). *Lettre de mandat du ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile.* Récupéré du site https://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-du-ministre-de-la-securite-publique-et-de-la-protection-civile.

[12] Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Intervention en cas d'éclosion de maladie infectieuse : progrès réalisés entre l'éclosion de SRAS et celle de grippe pandémique H1N1.* Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada. Récupéré du site http://www.phac-aspc.gc.ca/ep-mu/rido-iemi/index-fra.php.

[13] Sécurité publique Canada. (2011). *Un cadre de sécurité civile pour le Canada* (2e éd.). Tiré de https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/mrgnc-mngmnt-frmwrk/mrgnc-mngmnt-frmwrk-fra.pdf.

[14] Santé Canada. (2013). Plan d'intervention d'urgence du portefeuille de la Santé.

[15] Réseau pancanadien de santé publique. (2015). *Préparation du Canada en cas de grippe pandémique – Guide de planification pour le secteur de la santé*. Tiré de http://www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclcpi/assets/pdf/report-rapport-2015-fra.pdf.

[16] Agence de la santé publique du Canada. (2012). *Modalités canadiennes d'intervention lors de toxi-infection d'origine alimentaire (MITIOA) 2010 en cas d'éclosion multijuridictionnelle*. Récupéré du site http://www.phac-aspc.gc.ca/zoono/fiorp-mitioa/index-fra.php.

[17] Santé Canada. (2014). Plan fédéral en cas d'urgence nucléaire, Partie 1 : Plan directeur (5e éd.). Tiré de https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hc-ps/alt_formats/pdf/pubs/ed-ud/fnep-pfun-1/PFUN-FNEP-2014-fra.pdf.

[18] Santé Canada. (2016). *Plan stratégique de gestion des urgences du portefeuille de la Santé* (v. 2.1).

[19] Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Rapport ministériel sur le rendement, 2013-2014*. Tiré de http://www.phac-aspc.gc.ca/about_apropos/dpr-rmr/2013-2014/assets/pdf/dpr-rmr-2013-2014-fra.pdf.

[20] Santé Canada. (2011). *Vérification des mesures d'urgence*. Tiré de https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/ahc-asc/alt_formats/pdf/pubs/audit-verif/2011-01/final-audit-2011-rapport-final-fra.pdf.

[21] Santé Canada. (2016). *Plan stratégique de gestion des urgences du portefeuille de la Santé* (v. 2.1).

[22] Anema, A.; Kluberg, S.; Wilson, K.; Hogg, R. S.; Khan, K.; Hay, S. I.; Tatem, A. J.; Brownstein, J. S. (2014). Digital surveillance for enhanced detection and response to outbreaks. *The Lancet Infectious Diseases*, 14 (11), p. 1035-1037.

[23] Cabinet du premier ministre (2017). *Lettre de mandat de la ministre de la Santé*. Récupéré du site https://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante.

[24] *Évaluation des activités liées aux zoonoses infectieuses non entériques menées par l'Agence de la santé publique du Canada 2010-2011 à 2015-2016*. Récupéré du site https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/transparence/rapports-gestion/evaluation/2010-2011-2015-2016-evaluation-activites-liees-zoonoses-infectieuses-non-enteriques-menees-agence-sante-publique-canada.html.

[25] Banque mondiale. (2012). *People, pathogens and our planet. The economics of one health*. Volume 2. Tiré de https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/11892/691450ESW0whit0D0ESW120PPPvol120web.pdf (en anglais seulement).